

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

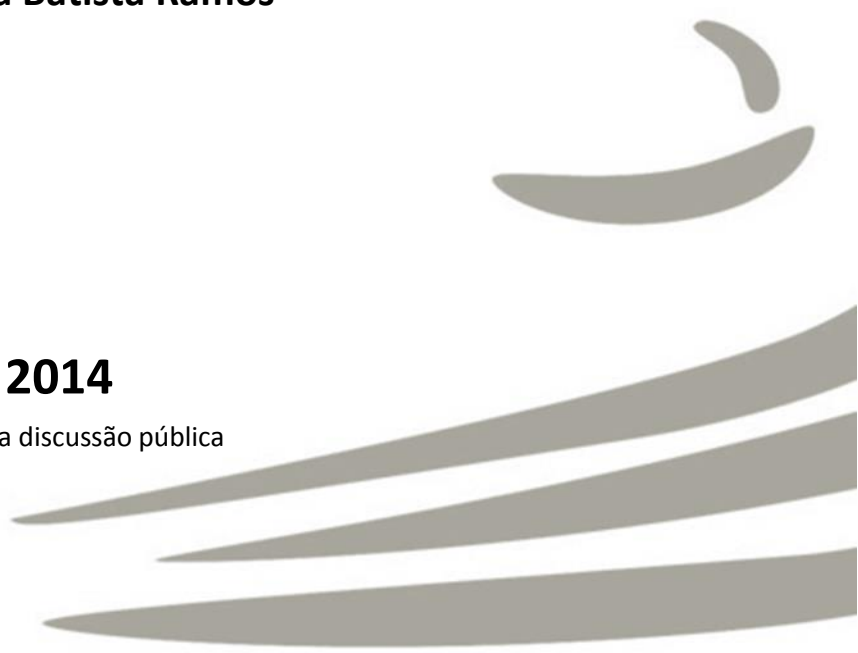
Enfermagem de Reabilitação

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com AVC em situação de Afasia

Ana Lúcia Batista Ramos

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com AVC em situação de Afasia

Ana Lúcia Batista Ramos

Orientador: Professora Fátima Mendes Marques

2014



AGRADECIMENTOS

Ao longo deste percurso académico tive o apoio excecional de diversas entidades e pessoas que me permitiram ultrapassar várias dificuldades.

Em primeiro lugar, um sincero e profundo agradecimento à Professora Fátima Mendes Marques, pela sua disponibilidade, apoio, compreensão nos momentos difíceis e incentivo, com que sempre me orientou ao longo da realização dos ensinos clínicos e deste trabalho.

Às orientadoras de estágio e restante equipa de enfermagem, que se preocuparam em proporcionar-me pertinentes aprendizagens.

À minha família, especialmente à minha irmã, que esteve e está sempre presente nos momentos importantes da minha vida.

Um especial agradecimento ao Octávio, pelo apoio incondicional a todos os níveis, pelas palavras de incentivo e carinho, por acreditar mesmo quando eu duvidei.

SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CMER – Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

CMR – Centro de Medicina de Reabilitação

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DA – Doença de Alzheimer

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EC – Ensino Clínico

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

MEM – Método de Entoação Melódica

MIF – Medida de Independência Funcional

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

TOR – Terapia de Orientação para a Realidade

TVM – Traumatismo Vertebro-Medular

VNI – Ventilação Não Invasiva

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma patologia neurológica, com instalação súbita que se tornou um problema de maior relevância em termos de saúde pública, por constituir a primeira causa de morte e de incapacidade permanente em Portugal.

A afasia sendo uma alteração cognitiva, caracterizada por distúrbios da linguagem, é uma das sequelas mais incapacitantes que resulta do AVC, na medida em que o utente se depara com muitos obstáculos na adaptação às dificuldades comunicacionais. A comunicação permite desenvolver relações com a família, com os amigos e com a sociedade. Uma pessoa em situação de afasia, pelas suas dificuldades de compreensão, de expressão, de leitura e de escrita, confronta-se com uma enorme limitação na sua participação na vida familiar, profissional e social, podendo conduzi-la a patologias secundárias, como a depressão.

Desta problemática emergiu o reconhecimento da importância que deve ser dada pela enfermagem de reabilitação, em incorporar nos seus cuidados à pessoa e família em situação de afasia, intervenções que não só reeduem a funcionalidade cognitiva e reduzam a afasia como incapacidade, mas também que a capacitem para a reinserção social e exercício da cidadania.

Compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação compreender as necessidades biopsicossocioculturais e espirituais de cada pessoa, para maximizar as suas capacidades comunicacionais, que podem ir além da linguagem verbal. Os resultados deste percurso académico sugeriram que existem estratégias de comunicação não-verbal que podem ser adequadas às necessidades da pessoa, que se refletem em resultados eficazes na sua adaptação à situação de afasia, na reformulação da sua identidade e desenvolvimento de habilidades que possibilitam a diminuição da desvantagem decorrente da disfunção da linguagem. Nestas circunstâncias, promove-se a eficácia do processo de transição saúde-doença e a adaptação saudável da pessoa às situações da sua vida.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, afasia, pessoa, enfermagem de reabilitação.

ABSTRACT

A cerebral stroke is a neurological pathology of sudden installation that has become a major problem in terms of public health, for being the first cause of death and permanent disability in Portugal.

Being a cognitive change, aphasia, characterized by language disturbances, is one of the most incapacitating consequences resulting from a stroke, since the patient encounters many obstacles in adapting to communication difficulties. Communication allows to develop relationships with family, with friend and with society. A person with aphasia, with its difficulties in comprehension, expression, reading and writing, faces great difficulty in his participation in family, professional and social everyday life, possibly leading to secondary pathologies, such as depression.

This issue acknowledged the importance one must give to rehabilitation nursing, incorporating nursing care to the person and family that not only re-educate the cognitive function and reduce aphasia as incapacity but also prepare towards social rehabilitation and active citizenship.

It is the responsibility of the nurse specialist in rehabilitation nursing to understand the biological, psychological, sociological, cultural and spiritual needs of each person, in order to maximize its communicational capabilities that may go beyond verbal language. The results of this academic path suggested that there exist strategies of nonverbal communication that may be suitable to the needs of the person, which lead to efficient results in his adapting to aphasia, in the reformulating of his identity and development of abilities that enable the reduction of the disadvantage resulting from the language dysfunction. In these circumstances, the process of transition health/illness and the healthy adapting of the person to everyday life situations is promoted.

Keywords: Stroke, aphasia, person, rehabilitation nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO: UMA ABORDAGEM HOLÍSTICA E CENTRADA NA PESSOA	27
1.1. Transição Saudável na Reeducação Funcional Cardiorrespiratória	42
2. COMPREENDER A AFASIA NA PESSOA COM AVC: ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PROMOTORA DA TRANSIÇÃO SAUDÁVEL	48
2.1. A Pessoa em situação de Afasia e os Cuidados de Enfermagem de Reeducação: Avaliar, Planear e Implementar	51
3. AVALIAÇÃO DO PERCURSO	63
4. CONCLUSÕES E PROJETOS FUTUROS	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70

ANEXOS

Anexo I – Monitorização de Resultados de Internamento no CMR

Anexo II – Medida de Independência Funcional (MIF)

Anexo III – Guia de Colheita de Dados do CMR

Anexo IV – Objetivos e Procedimentos na Reeducação Funcional Respiratória

Anexo V – Áreas Funcionais da Superfície do Córtex Cerebral

Anexo VI – Classificação dos Quadros de Afasia

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de Estágio e de Objetivos Específicos

Apêndice II – Planeamento de Atividades a desenvolver no Estágio

Apêndice III – Análise da Teoria das Transições segundo Meleis

Apêndice IV – Guia de Avaliação Neurológica

Apêndice V – Planos de Cuidados

Apêndice VI – Manual de Comunicação com Utentes

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio não significa para mim, somente dar resposta a uma exigência da Unidade Curricular, Estágio com Relatório, inserida no 3.º semestre do 4.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação (CMER), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Não é o fim nem o culminar de um processo de aprendizagem, mas sim um veículo para descrever e principalmente analisar, refletir, compreender e aprofundar os conhecimentos e aprendizagens adquiridas no âmbito da enfermagem de reabilitação, nomeadamente nas dezoito semanas de Ensino Clínico (EC), que para as quais delineei objetivos a atingir (Apêndice I) com base no desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010a) e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) (OE, 2010b). Será através da metodologia reflexiva e analítica que desenvolverei este trabalho.

É através da reflexão que se atingem níveis de especialização. O pensamento reflexivo é uma habilidade essencial para o prático se tornar um perito em enfermagem, pois segundo Benner (2001), o perito não se perde em análises, para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado. No entanto, para chegar a este nível o perito passou por etapas em que teve que utilizar a reflexão, para avaliar com rigor as consequências e os resultados das suas intervenções.

Este documento tem também como objetivo servir-me como referencial teórico daqui para o futuro na minha prática, e dar a conhecer à comunidade de enfermagem e a outros grupos profissionais, o percurso académico que me permitiu o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEER, que me possibilitam atualmente, a melhoria da qualidade de cuidados prestados como enfermeira, e espero que com esta divulgação, possa permitir o mesmo a outros profissionais.

Por fim, serve principalmente para despertar e sensibilizar para a importância da área temática do utente com alterações comunicacionais, nomeadamente a pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC), em situação de afasia.

Além do meu gosto pessoal e profissional na área da neurologia, especificamente na da pessoa com alterações cognitivas, a necessidade de me debruçar sobre esta temática teve início mesmo antes do ingresso no mundo da reabilitação, aquando do meu exercício profissional como enfermeira de cuidados gerais, no contexto de cuidados na comunidade.

Na área geográfica da qual sou responsável pela prestação de cuidados, existe uma grande prevalência de pessoas com AVC e em situação de afasia, o que acompanha as seguintes tendências estatísticas.

o AVC é, a nível mundial, um problema de maior relevância em termos de saúde pública, por constituir a terceira causa de morte e de incapacidade permanente nos países desenvolvidos. Em Portugal, o seu impacto ainda é maior, pois constitui a primeira causa. (...) a taxa de incidência encontrada é mais elevada quando comparada com outras regiões da Europa Ocidental. (Direcção-Geral da Saúde (DGS), 2010, p. 2)

Lourenço e Mendes (2008) demonstram que 85% dos casos de afasia têm como causa AVC no hemisfério cerebral esquerdo e em relação à tipologia das afasias, Mineiro, Caldas, Rodrigues e Leal (2007) revelam que estes acidentes não acontecem de forma aleatória no cérebro, mas obedecem a um padrão anatómico dos vasos que o irrigam.

Estas taxas de incidência e prevalência refletem as características do grupo de utentes, que são alvo dos meus cuidados e perante todas as suas incapacidades, a afasia tem sido das que mais interfere negativamente na continuidade de cuidados. Em várias situações da minha prática profissional, à chegada ao domicílio da pessoa e família com AVC, em situação de afasia, a minha tentativa de intervenção na educação para a saúde acerca da importância dos posicionamentos para prevenção de úlceras de pressão, por exemplo, era dificultada pela barreira de comunicação que se estabelecia entre o utente e todas as pessoas ao seu redor. A prioridade da família era conseguir estabelecer uma comunicação eficaz com o utente.

A minha experiência corrobora a opinião de Leal (2006) que diz que a afasia, é uma das sequelas mais incapacitantes que resulta do AVC e a família tanto como o utente, têm muita dificuldade em adaptar-se à situação de dificuldade comunicacional. Sendo a capacidade de comunicar uma das características que nos distingue como humanos, ao fazê-lo expressamos as nossas ideias, desejos e necessidades, é a comunicação que nos permite desenvolver relações com a família, com os amigos e com a sociedade. Uma pessoa em situação de afasia, pelas suas dificuldades de

compreensão, de expressão, de leitura e de escrita, fica muito limitada na sua participação na vida familiar, profissional e social. Leal (2006) acrescenta que, à pessoa com AVC em situação de afasia, somando limitações físicas, a falta de suporte social e as suas tentativas frustradas da comunicação, referidas por Branco e Guerreiro (2011), podem conduzi-la a outras patologias secundárias, como a depressão.

A pessoa com incapacidade na linguagem, tem dificuldade em explicar aos outros as suas emoções ou sintomas cognitivos sendo difícil para os outros entendê-los. O testemunho de um utente em situação de afasia é exemplo disso:

nós falamos muito pouco, muito pouco... Eu penso que eles (família e outros) acreditam que existe algo errado comigo e isso magoa-me imenso... É difícil para mim iniciar uma conversa e saber sobre o que falar, é difícil para os outros entenderem. (Bronken, Kirkevold, Martinsen, Wyller, & Kvigne, 2012, p. 6).

Se para o cuidador familiar era difícil comunicar com o utente, para mim não era mais fácil. Admito que várias vezes a comunicação com pessoas em situação de afasia foi ineficaz.

Este problema tem vindo a agravar-se na medida em que atinge contornos de maiores dimensões, tendo em conta que no meu contexto profissional tanto as intervenções do enfermeiro de cuidados gerais, como as do de reabilitação, tendem a priorizar as que resolvam o problema da incapacidade motora no utente com AVC. Nos guias orientadores e de referenciação para o programa de reabilitação, constam apenas intervenções específicas de reeducação funcional motora.

Não estão implementados programas de enfermagem de reabilitação, com intervenções específicas de reeducação funcional cognitiva e mais especificamente, reabilitação da pessoa em situação de afasia, apesar da evidência demonstrada. Menoita (2012), citando Terroni et al. (2009), afirma que a afasia é uma alteração das funções cognitivas na pessoa com AVC, em que a prevalência do comprometimento cognitivo após a instalação desta patologia pode chegar a 35.2% e pode estar associada a dificuldades na recuperação funcional e ao aumento no risco de mortalidade.

Bronken et al. (2012) verificaram que, numa revisão sistemática da literatura onde se revisaram 24 artigos relacionados com a enfermagem de reabilitação e utentes com AVC, e consequente afasia, se constatou que a integração de

intervenções relacionadas com a linguagem e o treino funcional da comunicação nos cuidados diários prestados, poderiam melhorar a eficácia da terapia da linguagem.

Segundo Guerreiro (2007) um imenso número de cidadãos em Portugal apresentam necessidades especiais e/ou desvantagens comunicativas que não são contempladas, devido à comunicação não ser refletida, ampliada e aplicada numa dimensão inclusiva. Tal situação anómala deve-se à ausência de fundamentadas estratégias científico-pedagógicas, objetivos e boas práticas, ao nível da investigação em desvantagens comunicacionais condicionantes ou impeditivas da inclusão sociocomunicacional, cultural e profissional destas pessoas. Estas conclusões sugerem que sendo as desvantagens comunicacionais uma problemática que abrange grande percentagem da população, onde se incluem as pessoas em situação de afasia, torna-se urgente que a enfermagem de reabilitação, considerando as competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010a), desenvolva e colabore em estudos de investigação que deem resposta às necessidades comunicacionais destes indivíduos.

Tendo em conta todos os fatores negativos que resultam para o utente, família e para os profissionais de enfermagem, enquanto enfermeira responsável destes utentes e como futura EEER, considerei importante a necessidade de me debruçar sobre o problema: **Quais os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC em situação de afasia?** Sempre com o intuito de quem procura o benefício do utente e prestar cuidados de enfermagem dentro dos padrões de qualidade.

A partir deste problema desenvolvi o projeto de formação durante o 2.º semestre do 4.º CMER, no qual delinee o planeamento de atividades, onde constam intervenções e estratégias a desenvolver em estágio. Este tem em vista o desenvolvimento das competências comuns (OE, 2010a) e específicas do EEER (OE, 2010b), tendo em conta os recursos humanos, materiais físicos e temporais existentes, para conseguir atingir os objetivos específicos propostos. Deste constam também os indicadores e critérios de avaliação (Apêndice II). Este projeto foi operacionalizado durante todo o período de EC.

Ao longo deste percurso, senti necessidade de aprofundar os meus conhecimentos acerca dos conceitos que envolvem esta problemática, pelo que tenho vindo a realizar pesquisa bibliográfica através de livros técnico científicos e em artigos

científicos disponíveis no centro de documentação da ESEL e acedidos através da base de dados informática: EBSCO HOST e RCAAP.

Considero que para prestar cuidados de qualidade é necessário ser detentor de conhecimentos profundos acerca da pessoa, desde os seus problemas de saúde, incapacidades e desvantagens decorrentes, até ao seu contexto biopsicossocial e espiritual, numa perspetiva holística. A Ordem dos Enfermeiros (2001, p.10) afirma que “os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e o seu exercício profissional requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.”

Estes critérios de qualidade dos cuidados vão de encontro ao holismo, pois esta abordagem de prestação de cuidados preocupa-se em conhecer as características globais da pessoa como ser biopsicossocial e compreender que as suas especificidades fazem dela, um ser com necessidades únicas. Sharoff (2008) refere que a enfermagem holística tem como foco de atenção cuidar o cliente como um todo. Uma enfermeira holística reconhece a importância de compreender e honrar as suas crenças e dos outros, através de uma crescente consciencialização das interligações de todos os indivíduos e das suas relações com os outros e a comunidade em geral.

Os cuidados centrados no cliente não é considerado um modelo teórico, mas sim uma abordagem¹ de prestação de cuidados que também se baseia em padrões de qualidade, preocupando-se com a satisfação do cliente. Jayadevappa e Chhatre (2011) referem que existe um crescente reconhecimento que os cuidados centrados no cliente estão associados à qualidade de cuidados. Define-se como uma parceria entre profissionais de saúde, utente e família, baseada no acolher e até mesmo encorajar o seu envolvimento. Os cuidados são personalizados para preservar as rotinas normais da pessoa, tanto quanto possível (Frampton et al., 2008).

O holismo e cuidados centrados no cliente são abordagens de prestação de serviços de saúde em que baseio diariamente o meu exercício profissional, bem como

¹ O conceito de cuidados centrados no cliente tem vindo a progredir nos últimos anos, tendo sido definido como cuidados que respeitam e respondem às preferências, necessidades e valores individuais da pessoa. A partir daqui criou-se uma abordagem de cuidados de saúde compreensiva, em que o profissional de saúde tenta ver a doença através da perspetiva do utente. O desenvolvimento do modelo conceptual de cuidados centrados no cliente, integra as preferências, necessidades e desejos do cliente, envolvendo-o na decisão clínica e no planeamento das intervenções para maximizar os resultados, tendo em conta os custos efetivos. Apesar do modelo representar a melhoria e satisfação com a qualidade dos cuidados e custos reduzidos, a sua aplicação requer mudanças no sistema de saúde e é necessária mais investigação para explorar e comprovar a eficácia na área de cuidados de saúde (Jayadevappa & Chhatre, 2011).

os cuidados prestados à pessoa e família durante o EC com o objetivo de desenvolver as competências de EEER. Hoeman (2000) diz que a enfermagem de reabilitação é um excelente exemplo do que significa a enfermagem holística, pois os aspetos físicos, psicológicos, cognitivos, sociais e financeiros dos utentes, bem como as suas interações, são avaliados e encaminhados.

O holismo caminha de mãos dadas com a abordagem de cuidados centrados no cliente, pois esta, segundo Hoeman (2000, p. 23) “dá ênfase às necessidades, reflexões, sentimentos e expectativas do cliente”, preocupando-se também em compreender profundamente a pessoa no seu global. O cuidado é dirigido pelo utente é concebido com base nas suas necessidades específicas, sendo adotada conscienciosamente a perspetiva dos utentes e famílias, com uma consideração cuidadosa do que é importante para cada um e como o cuidado os pode afetar. Existe o respeito e parceria entre utentes e prestadores que é essencial para um cuidado efetivo no âmbito da enfermagem de reabilitação (Hoeman, 2011).

Hoeman (2011, p.23) reforça a sua afirmação ao dizer que “as dimensões do cuidar centrado no doente compreendem o respeito pelos seus valores, preferências e necessidades expressas, a coordenação e integração dos cuidados, a informação, comunicação e educação, o conforto físico, o suporte emocional, alívio do medo e da ansiedade, o envolvimento da família e dos amigos, a transição e continuidade”, o que demonstra uma perspetiva da pessoa como um todo.

A transição é portanto uma dimensão da pessoa, nomeadamente daquela que apresenta necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, que está sujeita a vários tipos de transições. Além da abordagem holística e centrada no cliente, durante o EC, senti necessidade de utilizar a Teoria das Transições, desenvolvida por Meleis. Benner (2001) refere que os modelos teóricos funcionam como um guia para o enfermeiro que não tem experiência ou que não domina determinado campo. Por sua vez, a OE (2011a) afirma que na orientação da prática de cuidados de enfermagem de reabilitação, o modelo das transições revela-se estruturante e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional.

A prática de enfermagem numa perspetiva holística é conduzida através de conhecimentos, teorias, experiência e intuição e o processo terapêutico é uma jornada contínua que acompanha as mudanças e evolução da vida da pessoa (Sharoff, 2008).

Estas mudanças podem dar origem a transições de saúde-doença, relativas ao desenvolvimento do ciclo de vida, situacionais e/ou organizacionais, que segundo a teoria desenvolvida por Meleis, correspondem aos tipos de transição (Apêndice III).

Meleis (2010), citando Chick & Meleis (1986), define transição como uma passagem numa fase da vida ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro. Transição refere-se ao processo e ao resultado das interações complexas entre a pessoa e o ambiente. É a passagem entre dois períodos de tempo relativamente estáveis. As transições recaem no domínio da enfermagem, quando são relativas à saúde ou doença e se as respostas para a transição estão manifestadas em comportamentos relacionados com a saúde (Meleis, 2010).

Esta é uma teoria² de médio alcance, isto é, com enfoque mais restrito, mais concreto do que o das grandes teorias, que foi desenvolvida a partir dos tipos, padrões e propriedades das transições experienciadas, em que o processo de transição para ser saudável depende de condições facilitadoras e inibidoras; os indicadores de processo e de resultado são o meio para certificar o sucesso do processo de transição e a eficácia das intervenções de enfermagem (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Karen, 2000).

Os modelos são uma forma de perspetivar a realidade nunca conseguindo captar a sua totalidade. Na prática clínica não é utilizado somente um único modelo teórico. Existem vários modelos conceptuais ou teorias de enfermagem, não sendo possível afirmar que um é mais adequado que outro, mas sim que todos eles ajudam o enfermeiro a estruturar uma melhor prática. No entanto, existem determinados modelos que se adequam melhor a determinadas situações do processo de enfermagem. É importante verificar a adequação de uma teoria a situações específicas, com o intuito de diminuir dificuldades na compreensão da sua estrutura e aplicabilidade (Meleis, 2010).

Durante o estágio e na análise das atividades desenvolvidas que serão explicitadas neste relatório, verifiquei que a teoria das transições se enquadra na realidade com que me deparei. Prestei cuidados de enfermagem de reabilitação à

² A teoria é definida por Kerlinger (1973) citado por Meleis (2010) como a relação entre conceitos significativos de uma disciplina, que são organizados de forma coerente e sistemática, para que possam ser transmitidos num todo compreensível. Conferem significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática, descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos, orientando o pensamento crítico e assim, promover a autonomia profissional.

pessoa e família que estavam a passar por múltiplas transições, quase sempre simultâneas e relacionadas, do tipo saúde-doença e situacionais.

A descrição e análise dos conceitos que emergem desta problemática são importantes, na medida que ajudam na compreensão do meu percurso de aprendizagem.

O AVC é definido por Menoita (2012, p. 9) como “a interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea que danifica ou destrói parte do cérebro, com sinais clínicos de distúrbios focais (ou globais) da função cerebral, e com sintomas que perduram por um período superior a 24 horas”. As células nervosas são as mais vulneráveis do organismo, pois a sua reserva de glicose e resistência à falta de oxigénio são muito reduzidas. A glicose e o oxigénio são transportados através da circulação sanguínea cerebral. Alterações destas, vão afetar o metabolismo do neurónio e provocar a sua morte, o que conduz a disfunções cerebrais (Caldas, 2000).

O mesmo autor define disfunção cerebral como

toda a condição em que o cérebro perde parte da sua função normal. Em geral, diz-se haver lesão quando esta perda é definitiva e se acompanha de alterações visíveis na morfologia do cérebro. Nos casos em que a perda é transitória e potencialmente reversível, é comum optar pela designação de “alteração funcional”, por oposição à designação de “alteração orgânica”, ou “lesão” (Caldas, 2000, p. 46-47).

Gurr e Ibbitson (2012) acrescentam que os problemas de saúde causados pelo AVC devem-se à interrupção da corrente sanguínea para o cérebro (AVC isquémico) ou hemorragia intracerebral (AVC hemorrágico).

Com base nos conceitos apresentados, é possível considerar o AVC uma transição do tipo saúde-doença, pois caracteriza-se por um processo de doença que se instala subitamente e que conduz a mudanças que não se refletem só no estado de saúde da pessoa e sua família, mas em várias dimensões da sua vida. A pessoa que é saudável transita para um estado de doença e ao ter como consequências incapacidades a vários níveis, o AVC pode conduzir a transições do tipo situacionais, em que a pessoa se vê obrigada a reformular os seus papéis na sociedade. A sua família também se depara com um novo papel, o de cuidar de uma pessoa com incapacidade. A pessoa e família, após o AVC, deparam-se com múltiplas transições, algumas sequenciais, outras em simultâneo, que se relacionam com a instalação da doença.

O saber agir perante a nova situação e aceitá-la de modo a reformular a própria identidade, demonstra um processo de transição eficaz, que depende de condições pessoais, da sociedade e comunidade (que explicito no apêndice III), que variam de pessoa para pessoa, pois segundo a OE (2001) esta é um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. É um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual. Os seus comportamentos são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. Gândara (1997) corrobora ao dizer que a pessoa pode ser definida no sentido existencial, como um indivíduo que possui conhecimento e vontade e no sentido jurídico, como um ser de direito à sua dignidade.

Baumann, Couffignal, Le Bihan e Chau (2012) referem que as consequências das doenças cerebrovasculares constituem uma dificuldade na manutenção da autonomia e qualidade de vida da pessoa. Sendo a autonomia definida pela OE (2003, p. 23) como “a liberdade de fazer escolhas relativamente ao que afeta a vida de cada um”, as incapacidades decorrentes do AVC conduzem a pessoa a depender de terceiros, o que pode diminuir o seu poder decisão acerca de situações da sua própria vida, o que inevitavelmente conduz à diminuição do seu bem-estar e qualidade de vida.

Opara e Jaracz (2010) referem que no contexto de AVC existe um grande impacto negativo na qualidade de vida tanto dos utentes como dos seus cuidadores familiares e dos cuidados prestados no dia-a-dia. Não só os utentes mas também os seus familiares necessitam de atenção e suporte por parte dos profissionais de saúde com o objetivo de manter a sua saúde física e emocional e o seu bem-estar. A família tal como o utente com AVC confronta-se com transições situacionais, e vê-se forçada a reconstruir o seu papel para com este. Ao papel de marido/esposa, pai/filho acresce a função de cuidador, para dar resposta às necessidades do seu familiar, que surgiram como consequência da instalação da doença.

Na dimensão biopsicossocial, numa perspetiva holística julgo que é impossível dissociar a família e elementos significativos da pessoa, que está a passar por um processo de transição relacionado com o AVC. Hoeman (2011) considera que em enfermagem de reabilitação é fundamental trabalhar com os utentes e as suas famílias

para desenvolver e atingir as metas de restaurar a função e viver o mais independentemente possível.

“A necessidade de ajuda surge quando há insuficiente funcionamento, disfuncionamento, mal funcionamento ou não funcionamento” (Collière, 1999, p. 300), como é o caso da pessoa que sofreu um AVC. Neste contexto Leal (2006) afirma que é difícil separar qualidade de vida de funcionalidade, porque a primeira depende da segunda. Qualquer pessoa cujo desempenho nas tarefas quotidianas seja funcional, terá sempre melhor qualidade de vida do que outra que dependa de terceiros.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2004) através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) define a funcionalidade como um termo genérico para as funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação. Ela indica os aspetos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus fatores contextuais (ambientais e pessoais). Sendo que a condição de saúde é um termo genérico para doenças (agudas ou crónicas), perturbações, lesões ou traumatismos. Por outro lado, a incapacidade é um termo genérico para deficiências, limitações da atividade e restrições na participação. Ela indica os aspetos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais (ambientais e pessoais). Hesbeen (2003, p.40) por sua vez define deficiência como uma “alteração prolongada da estrutura anatómica, fisiológica ou psicológica de um indivíduo”, que tem como consequência funcional uma incapacidade.

As doenças crónicas, associadas com satisfação de vida reduzida e capacidades funcionais limitadas, são frequentemente precursoras da incapacidade (Hoeman, 2011). Dois anos após o evento crítico de AVC, 44.7% dos utentes sofrem de alterações sensitivas, 35.1% sofrem de incapacidades motoras e 31.9% têm a função da memória alterada (Baumann et al., 2012).

Uma das várias incapacidades decorrentes do AVC é a afasia, que é definida como

a perturbação da linguagem que resulta de uma lesão cerebral, localizada nas estruturas envolvidas no processamento da linguagem. Na afasia de natureza vascular, os quadros repetem-se. Uma determinada artéria cerebral é responsável pela irrigação de um determinado território do cérebro, que é responsável por uma determinada função. Se houver uma interrupção da circulação no território dessa artéria, os tecidos morrem e a função deixa de ser executada. (Caldas, 2000, p.164-165)

Hoeman (2011) acrescenta que na afasia existe uma desintegração fonética, semântica e/ou sintática ao nível da produção e/ou compreensão da comunicação.

A linguagem é analisada por Caldas (2000) como um fenómeno considerado pelos homens o traço mais distintivo da sua natureza superior em relação às outras espécies.

No entanto, a capacidade de comunicar da pessoa não depende somente da linguagem, pois segundo Hoeman (2011) a comunicação é uma atividade social rica e complexa que envolve além das competências linguísticas, as cognitivas e as pragmáticas.

Quando se reflete sobre as diferentes competências da comunicação e, com olhar de enfermeiro de reabilitação se avaliam as dificuldades comunicacionais da pessoa em situação de afasia, compreende-se que nem sempre se consegue diminuir a incapacidade em si, mas tendo em conta a existência de várias estratégias, poderá diminuir-se a desvantagem, que Hesbeen (2003, p. 43) define como “situação danosa, associada às consequências dos obstáculos com que a pessoa e os seus próximos se confrontam no quotidiano da vida, decorrentes de uma deficiência, de uma incapacidade ou de características particulares.”

As enfermeiras de reabilitação dão assistência a pessoas com incapacidades ou com doenças crónicas, visando obter ou manter o máximo de capacidades funcionais, um nível de saúde e de bem-estar ótimo, um saber lidar efetivo com as mudanças e alterações nas suas vidas (Hoeman, 2011). Hesbeen (2003) acrescenta que perante uma pessoa que apresenta uma incapacidade, e que em determinadas circunstâncias, se torna limitada face aos obstáculos com que se irá confrontar, a finalidade da reabilitação será a análise, a prevenção e a gestão dos obstáculos que dão ou podem dar origem a uma condição de desvantagem.

Foi no seguinte pensamento, que se basearam as minhas atividades desenvolvidas com a pessoa, durante os ensinamentos clínicos. Na impossibilidade de reduzir a incapacidade, tentei encontrar estratégias para reduzir a desvantagem, com o principal objetivo de conseguir um processo de transição saudável e uma reintegração social eficaz.

a reabilitação, mais do que uma disciplina, é o testemunho de um espírito particular; o do interesse sentido pelo futuro da pessoa, mesmo quando a cura ou a reparação do seu corpo – regresso do mesmo à normalidade – deixam de ser possíveis. (Hesbeen, 2003, p. XI)

Em relação à pessoa em situação de afasia, Branco e Guerreiro (2011) referem que é possível o EEER ajudar a minorar o impacto psicossocial resultante da perturbação da linguagem, assegurando o processo comunicacional da pessoa em situação de afasia com a família, através de técnicas terapêuticas existentes.

Tendo em conta as características dos locais de estágio foi possível ir de encontro à finalidade do estágio expressa no documento orientador de Estágio com Relatório/Dissertação.

pretende-se que o estudante desenvolva competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação a pessoas com problemas de incapacidade, limitação da atividade ou restrição de participação, nos diferentes contextos de cuidados tendo em vista a sua reabilitação e reintegração social. (Gândara, 2013, p. 2)

Desenvolvi a implementação do projeto de formação nas primeiras 12 semanas de estágio, num Centro de Medicina de Reabilitação (CMR) da área de Lisboa, das quais 10 semanas foram num Serviço de Internamento e a 3.^a e 4.^a semanas foram na Unidade de Atividades de Vida Diária (AVD). As restantes 6 semanas de estágio foram desenvolvidas no Serviço de Pneumologia de um Centro Hospitalar da região Oeste.

No Serviço de Internamento do CMR, as intervenções de enfermagem de reabilitação são privilegiadas durante a tarde visto os utentes durante o turno da manhã estarem maioritariamente em atividades externas ao serviço, motivo pelo qual dos 43 turnos por mim realizados, 30 corresponderam ao turno da tarde.

Este serviço tem capacidade para 34 utentes e no primeiro dia de estágio constatei que 55,9% dos utentes internados neste serviço tinham diagnóstico de AVC e destes 27,8% se encontravam em situação de afasia, o que facilitou a operacionalização do projeto de formação, tendo em consideração a população alvo. Estas percentagens mantiveram-se aproximadamente nestes valores durante todo o EC. Tanto no Serviço de Internamento como na Unidade de AVD, tive oportunidade de desenvolver cuidados de reabilitação com a pessoa e família portadores de outras patologias (tais como, Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Traumatismo Vertebro-Medular (TVM), esclerose múltipla, amputação dos membros, entre outros), o que me permitiu alargar a minha aprendizagem no âmbito da área de enfermagem de reabilitação.

O EC no Serviço de Pneumologia permitiu-me o desenvolvimento de competências na área de reeducação funcional respiratória e o continuar a desenvolver estratégias de comunicação não especificamente com pessoas e família com AVC em situação de afasia, mas com utentes cuja linguagem se encontra alterada, nomeadamente por síndromes demenciais.

Este serviço tem capacidade para 20 utentes provenientes das áreas de influência desse Centro Hospitalar, correspondentes aos seus concelhos limítrofes. Inclui uma EEER que para além das atividades inerentes à avaliação, planeamento e implementação dos programas de reabilitação, tem funções de gestão, na ausência da enfermeira chefe.

O facto de desenvolver a minha prática profissional na área de influência desta instituição, nomeadamente numa Unidade de Cuidados na Comunidade, permite-me conhecer as características da população e os recursos existentes na comunidade, que pude mobilizar para a minha participação no estágio. Tendo em consideração as necessidades de saúde do utente, saber se naquele momento a sua área de residência dispunha de cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio, favoreceu a sua orientação adequada, ou para o domicílio ou para unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), promovendo assim a continuidade dos cuidados de reabilitação em tempo útil.

Estes conhecimentos beneficiaram todos os utentes, para além dos que foram alvo dos meus cuidados, no momento da alta. Evitou-se perda de tempo na pesquisa prévia das condições da pessoa na comunidade, e consequentemente atrasos na implementação do programa de reabilitação.

Desenvolvi as atividades planeadas no projeto de formação com utentes cuja patologia base correspondia a AVC, em situação de afasia, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e a Pneumonia, das quais realizei planos de cuidados (Apêndice V). Apesar de nos locais de EC não ser utilizada (em fase de implementação nos dois serviços), optei pela taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) na elaboração dos planos de cuidados, principalmente porque é a utilizada no meu contexto de exercício profissional e o meu conhecimento acerca desta classificação, é mais profundo em relação a outras.

A redação deste relatório tem como guia de elaboração de trabalhos escritos a norma *American Psychological Association* (APA) adotada pela ESEL (Godinho, 2013) e integra essencialmente, cinco partes distintas, na qual a primeira contempla a presente Introdução, onde está contextualizada e justificada a problemática recorrendo aos contributos da investigação. A segunda parte corresponde ao primeiro capítulo e contempla a análise e reflexão das atividades desenvolvidas que deram resposta às necessidades globais da pessoa e contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER. A terceira parte está reservada à análise do percurso efetuado, que deu resposta à problemática relacionada com a pessoa com AVC em situação de afasia. A quarta parte corresponde à avaliação do percurso, analisando os seus pontos fortes e fracos. Por último, a conclusão elenca a análise generalizada dos aspetos mais relevantes e projetos futuros. Toda a informação complementar e considerada importante será remetida para anexos e apêndices.

1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO: UMA ABORDAGEM HOLÍSTICA E CENTRADA NA PESSOA

Neste capítulo irei explanar de forma analítica e reflexiva as atividades significativas desenvolvidas na prática, em todo o contexto do estágio, que me permitiram atingir os objetivos a que me propus para o desenvolvimento das competências comuns (OE, 2010a) e específicas (OE, 2010b) de EEER.

Segundo Benner (2001, p. 63) a prática é em si mesmo um modo de se obter conhecimento. “Com a experiência e o domínio, a competência transforma-se. E esta mudança leva a um melhoramento das atuações.” Esta autora explicita o modelo de Dreyfus, onde se estabelece que na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, passa-se por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

No início deste percurso, como iniciada na área da enfermagem de reabilitação, senti necessidade de refletir sobre a minha prática durante os ensinamentos clínicos. Fi-lo através de jornais de aprendizagem, com a periodicidade que a necessidade de questionamento e reflexão, acerca das experiências significativas para a minha aprendizagem, assim o exigiu. Estes documentos tiveram como base o Ciclo Reflexivo de Gibbs's (Jasper, 2003), que consiste em seis etapas que orientam o processo reflexivo através de séries de questões: descrição do evento, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação. As minhas reflexões encontram-se diluídas e aprofundadas ao longo deste relatório.

a recolha das narrativas clínicas e a sua reflexão interpretativa permite a descoberta de novas competências e novo conhecimento, a identificação de obstáculos às boas práticas e ainda a identificação de áreas de excelência. (...) A pessoa que fornece essas narrativas aprende, contando a sua experiência. Benner (2001, p. 13-14)

A Teoria das Transições que suportou a minha prática durante os ensinamentos clínicos, revelou-se benéfica para a minha aprendizagem, na medida que se enquadrou no contexto de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação e orientou o meu pensamento crítico. Julgo ser essencial para a consciencialização dos conhecimentos obtidos, a análise das situações que contribuíram para a minha

evolução como EEER. Segundo Benner (2001) os modelos não podem substituir o espírito de análise.

Nas primeiras duas semanas de estágio no CMR, foquei a minha atenção no conhecimento da dinâmica não só do serviço, mas de toda a instituição, pois todas as suas unidades são interdependentes em relação ao programa de reabilitação desenvolvido com os utentes. O meu objetivo foi integrar a equipa interdisciplinar, a metodologia de trabalho e de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, consolidar conhecimentos teóricos neste âmbito, para posteriormente conseguir integrar o programa de reabilitação por mim planeado no projeto de formação, com o utente com AVC em situação de afasia.

Para o efeito consultei protocolos e manuais de serviço, os processos clínicos dos utentes, beneficiei dos esclarecimentos efetuados pela minha orientadora de estágio e restante equipa de enfermagem. Participei sempre nas passagens de turno, o que me permitiu acompanhar a evolução dos utentes no processo de transição.

Julgo que para desenvolver um programa de reabilitação adequado com o utente, é imprescindível conhecer as suas características individuais e todas as suas necessidades, não só as relacionadas com o problema de saúde, como portadores de incapacidades e/ou desvantagens, mas também como pessoas na sua essência, compreender o seu contexto biopsicossocial. Reynolds (2005) refere que o modelo de saúde biopsicossocial sugere que cada pessoa experiencia a doença de uma maneira individual.

Foi importante o estabelecimento de uma comunicação eficaz com o utente e família com os quais desenvolvi atividades de enfermagem de reabilitação, através de conversas, entrevistas e mesmo da avaliação formal dos problemas de saúde, a fim de compreender as características da sua personalidade, significado atribuído à transição que está a ser vivenciada, crenças culturais e atitudes, estatuto socioeconómico, o seu conhecimento prévio acerca da doença e incapacidades decorrentes. Todas estas dimensões correspondem a condições pessoais facilitadoras ou inibidoras do processo de transição saudável (Meleis et al., 2000). Para estabelecer essa ligação é necessário uma boa comunicação, que tem “uma considerável influência na satisfação dos doentes com o tratamento. Uma

comunicação pobre inevitavelmente acrescenta *stress* aos doentes e famílias, cujas vidas foram mudadas pela doença” (Reynolds, 2005, p. 9).

Após o diagnóstico e avaliação das necessidades globais do utente, para lhes ser dada resposta, considerei importante conhecer todos os recursos disponíveis, sendo eles humanos ou materiais e a forma como esses recursos são mobilizados para cada pessoa.

As reuniões interdisciplinares, que se realizam semanalmente e nas quais participei ajudaram-me neste sentido. Nestas estão presentes o fisiatra, o técnico superior de serviço social, o enfermeiro de referência do Serviço onde o utente está internado e o da Unidade de AVD, o terapeuta ocupacional, o fisioterapeuta, o terapeuta da fala e o psicólogo. Para cada utente é avaliada e discutida quinzenalmente, a sua evolução e as estratégias capazes de continuar a diminuir as suas incapacidades e/ou desvantagens. O resultado destas avaliações é registado num documento próprio e comum a todos os profissionais (Anexo I).

Muitos utentes, em particular aqueles em condições crónicas e/ou com necessidades complexas³, requerem a perícia de profissionais de mais do que uma disciplina, requerem a intervenção de uma equipa interdisciplinar. Nesta equipa, os seus membros trabalham efetivamente juntos, partilham os mesmos objetivos têm um bom entendimento em relação a cada um dos seus papéis e da linguagem profissional e distingue-se da equipa multidisciplinar, na medida que esta consiste no trabalho paralelo de profissionais de diferentes disciplinas, em vez de colaborarem e partilharem um projeto comum (Reynolds, 2005).

No EC desenvolvido no Serviço de Pneumologia constatei que apesar do utente ser o centro de todos os cuidados prestados pelos profissionais de saúde, não existe partilha de informação da sua evolução entre todos os elementos da equipa, que assim se considera multidisciplinar. Isto significa que profissionais de disciplinas diferentes desenvolvem as mesmas intervenções à pessoa e família, nomeadamente o EEER e o fisioterapeuta, correndo-se o risco de má gestão de tempo e de cuidados, ao duplicar intervenções. Para prevenir esta situação, quando o fisioterapeuta estava

³ A complexidade das necessidades do utente, relaciona-se com a necessidade de cuidados diferenciados, cuidados de várias especialidades nos vários níveis de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação (Lobo, 2007). A resposta a estas necessidades não deve ser isolada, pois segundo Morin (2003), a complexidade apesar de implicar a distinção das dimensões, não as separa, une-as. Isto significa que a pessoa com necessidades complexas necessitará de cuidados distintos a vários níveis e simultaneamente.

presente no serviço, transmiti-lhe todas as intervenções de enfermagem de reabilitação desenvolvidas com os utentes nesse dia, e as que eram comuns às duas disciplinas, esse profissional não as realizava, não duplicando as intervenções.

Reynolds (2005) refere que a abordagem de equipa interdisciplinar pode remover a desnecessária duplicação de avaliações e intervenções, e ajuda a assegurar que os utentes beneficiem de uma abordagem holística. Hoeman (2000) acrescenta que a comunicação eficaz entre os membros é a chave do sucesso. No CMR privilegia-se a comunicação entre profissionais de diferentes disciplinas através das reuniões. Estes têm uma visão global de todo o tratamento que está a ser desenvolvido com o utente, o que conduz à melhoria do planeamento e implementação dos cuidados e facilitou a minha aprendizagem tanto no conhecimento das características dos utentes, como dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

No final das duas primeiras semanas de EC, senti-me totalmente integrada no Serviço de Internamento do CMR e na metodologia de prestação de cuidados, dando como atingido o primeiro objetivo (O1, Apêndice II) a que me propus no projeto de formação. Relativamente às competências comuns de enfermeiro especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, pude participar na construção da tomada de decisão em equipa; no domínio da melhoria da qualidade, pude desenvolver aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade de cuidados, na medida em que avaliei a metodologia de implementação do programa de reabilitação com o utente na instituição e assim pude otimizar⁴ as ações por mim desenvolvidas; no domínio da gestão de cuidados, colaborei nas decisões da equipa interdisciplinar, ao transmitir informações pertinentes de alguns utentes acerca da sua evolução no processo de transição.

O programa de reabilitação desenvolvido no CMR consiste num treino intensivo de reeducação funcional, rigorosamente agendado e planeado por cada uma das unidades e pelo Serviço de Internamento, desde as 9:00 até às 22:00. No período da manhã, o treino é desenvolvido nas unidades, designadas departamentos, desde o ginásio de Fisioterapia, passando pela Unidade de AVD e terminando na Terapia da

⁴ O Conselho Internacional de Enfermeiras (1999, p.149) através da CIPE define Otimizar como “obter o melhor resultado”.

Fala e Ocupacional (sessões individuais ou em grupo), não necessariamente por esta ordem.

Durante um dia foi-me permitido acompanhar um utente com AVC em situação de afasia, a quem prestava cuidados enquanto estudante do 4º CMER, em todas as suas atividades pelos diferentes departamentos. Esta experiência revelou-se muito enriquecedora para a minha aprendizagem e para uma melhoria da gestão do programa de reabilitação por mim implementado, nomeadamente nas intervenções relacionadas com a reabilitação da afasia, que explicitarei no 2.º capítulo deste trabalho. Pude conhecer as intervenções dos profissionais de outras disciplinas, avaliar a sua eficácia junto ao utente e recrutá-las para o conjunto das atividades por mim desenvolvidas e fazendo-o de forma a beneficiar a pessoa, evitando duplicação desnecessária de intervenções, que implicassem para esta desgaste físico, psíquico e emocional acrescido.

Num dos contatos com um utente com AVC em situação de afasia, este manifestou renitência em treinar o equilíbrio em pé, por já o ter feito nesse dia com intensidade. Na avaliação efetuada através da Escala Modificada de Ashworth (Apêndice IV) observei que a espasticidade do seu braço direito (lado afetado) estava a aumentar progressivamente. Verifiquei que este era um problema de saúde prioritário a ser resolvido. Decidi respeitar a sua autonomia, o seu poder de decisão, em não querer treinar o equilíbrio, mas incentivei-o a participar nas atividades que lhe diminuíssem a espasticidade do braço.

o prestador de cuidados deve calar-se para permitir ao outro ouvir-se a si mesmo, sugerir em vez de persuadir ou até impor, são características essenciais a uma prática subtil, verdadeiramente profissional, profundamente imbuída de consideração pela humanidade singular desse outro ser humano. Hesbeen (2003, p. XV)

Hoeman (2011, p. 62) acrescenta que “os doentes não conseguem seguir instruções de cuidados de saúde que não entendem e não seguirão recomendações com que não concordem”. Ensinei⁵ o utente e a sua mãe, que estava presente frequentemente, acerca do significado do aumento do tônus muscular do braço, demonstrando-lhe a resistência que oferecia quando efetuava a extensão do cotovelo e dos dedos da mão. Ensinei sobre a importância de se fazer a aplicação da tala pneumática no membro, que neste utente ainda não estava instituída. É referido por

⁵ O Conselho Internacional de Enfermeiras (1999, p. 156) através da CIPE define o conceito de ensinar como “dar a alguém informação sistematizada sobre temas relacionados com a saúde.”

Johnstone (1979) que na reabilitação do utente com distúrbios do tónus muscular, existe um espaço para a terapia de pressão, geralmente para melhorar o posicionamento de um membro, influenciar o tónus e alongamento muscular e fomentar a estabilidade e a mobilidade. As talas pneumáticas têm como indicações, a perda sensitiva, a hipotonia (flacidez), hipertonia (espasticidade) e o apoio para as AVD.

Tendo em conta o défice de atenção e de compreensão do utente foi pertinente demonstrar-lhe a sua limitação, para a sua perceção da situação, pois assim manifestou-se motivado à colocação da tala. “Se a pessoa não compreender como é que determinada acção contribui para fazer avançar no sentido dos pontos do horizonte que pretende alcançar, essa acção não fará qualquer sentido, parecer-lhe-á insensata. A motivação consiste exatamente nisto” (Hesbeen, 2003, p. XIII-XIV). Esta intervenção promoveu a preparação e conhecimento do utente e família acerca da sua situação, que significam condições pessoais facilitadoras do processo de transição (Meleis et al., 2000). A motivação demonstrada pelo utente em participar nas intervenções de enfermagem, segundo Meleis et al. (2000), reflete o sentimento de ligação do utente com a enfermeira. O sentir-se ligado e a interação com o cuidador (familiar ou profissional de saúde), são considerados por Meleis et al. (2000) indicadores de processo, que permitem a progressão saudável no processo de transição, que no caso deste utente significa transição de menor para maior funcionalidade do braço direito.

O envolvimento da mãe também foi importante. Por um lado, por ser a cuidadora familiar; por outro lado, o estímulo positivo que transmitia ao filho em relação à participação no programa de reabilitação, promovia o sentir-se ligado por parte do utente.

a total cooperação e empenho da família, bem como do doente, no processo de reabilitação é crucial para a recuperação e a reintegração na vida da comunidade. A reabilitação é uma parceria conjunta equipa/família/doente, que gere o impacto físico e emocional da doença incapacitante ou da situação crónica. (Hoeman, 2011, p. 24).

Esta foi uma das situações de cuidados de enfermagem de reabilitação em que pude desenvolver a gestão de caso, que vai de encontro ao referido por Hoeman (2000) que a define como compreensiva, continuada e centrada no cliente e refere que evoluiu na reabilitação como uma forma de integrar os cuidados prestados, por

diversos profissionais de vários serviços, para diminuição da duplicação dos cuidados e da omissão de outros essenciais.

a gestão de caso trata-se de um instrumento efetivo para lidar com a crescente complexidade, fragmentação e constrangimentos à prestação de cuidados de saúde, uma vez que assegura uma estrutura de planeamento, implementação e avaliação dos cuidados. O processo de gestão de caso consiste numa série de atividades aplicadas à gestão dos cuidados ao cliente. (Hoeman, 2011, p. 201-204)

Registei o aumento da espasticidade do braço direito do utente no seu processo clínico e consequentemente a situação foi orientada para a equipa interdisciplinar. A partir daqui o departamento de terapia ocupacional ponderou, desenvolver uma ortótese para punho, mão e dedos, que mais tarde se revelou desnecessária, pois a espasticidade diminuiu com as estratégias já a ser desenvolvidas, tais como mobilizações passivas⁶ e a aplicação da referida tala pneumática.

Os resultados da minha intervenção neste caso revelaram um processo de transição saudável, na medida em que o utente demonstrou o que Meleis et al. (2000) designam por mestria, como indicador de resultado. O utente realizava autonomamente mobilizações passivas aos dedos, mão e braço direitos, previamente treinadas com a minha colaboração, utilizando a mão menos afetada. Demonstrou comportamentos que beneficiaram a gestão da sua nova situação, refletindo o sucesso no processo de transição.

Pude assim desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010a) no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, foi possível a iniciativa e o ser autónoma na tomada de decisão dos cuidados que prestei, tendo em conta a minha situação de estudante, demonstrando um julgamento fundamentado; os resultados da minha intervenção além de serem avaliados, foram partilhados para promover o desenvolvimento da prática especializada. Promovi o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados, quando respeitei a sua vontade. Promovi o respeito pelo direito do cliente no acesso à informação, quando proporcionei educação para a saúde ao utente e família. No domínio da gestão dos cuidados reconheci quando negociar atividades do programa de reabilitação com o utente e referenciei para outros profissionais de saúde, os

⁶ As mobilizações dos segmentos corporais visam manter a integridade das estruturas articulares, manter a amplitude dos movimentos, conservar a flexibilidade, evitar aderências e contracturas, melhorar a circulação de retorno e manter a imagem psico-sensorial e psico-motora da pessoa. Nas mobilizações passivas o movimento é produzido por uma força externa, com pouca ou nenhuma contração muscular voluntária (Menoita, 2012).

problemas avaliados. Em relação às competências específicas do EEER (OE, 2010b) pude desenvolver as correspondentes à avaliação da funcionalidade motora, implementação de intervenções de reeducação funcional motora, por mim planeadas e avaliação dos resultados dessas intervenções.⁷

No Serviço de Internamento durante o horário das refeições dos utentes, tive a oportunidade de desenvolver atividades no âmbito da reeducação funcional da alimentação. O meu foco de atenção foram os utentes que apresentavam maior dependência nos autocuidados comer e beber⁸, com nível igual ou inferior a 6 na escala de Medida de Independência Funcional (MIF), utilizada no CMR (Anexo II) e as atividades desenvolvidas consistiram no treinar utentes com produtos de apoio, tais como talheres com cabo grosso, copos com pega ou mesmo fracionar-lhes os alimentos e usar espessantes para líquidos, adaptando a sua consistência à capacidade de deglutição da pessoa. Estas intervenções visaram a redução da desvantagem da pessoa na alimentação, decorrente das incapacidades motoras. “Os produtos de apoio são meios indispensáveis ao bem-estar, autonomia, integração e qualidade de vida das pessoas, de modo a permitir uma actividade mais independente, com maior comodidade, com menor esforço e dor e com o menor dispêndio de energia” (Menoita, 2012, p. 117).

Relativamente a uma abordagem dos cuidados centrados na pessoa, frequentemente alguns utentes pediam-me para lhe ser trocada a sobremesa. Tendo em conta os seus gostos alimentares pessoais, tentei sempre fazê-lo, questionando esta possibilidade junto da cozinha, para dar resposta a esta necessidade e promover o seu bem-estar⁹.

⁷ Esta é uma das situações relevantes que demonstra que os meus cuidados foram centrados na autonomia e nas necessidades prioritárias do utente. Não quis perder nenhuma oportunidade de aprendizagem e as atividades de enfermagem de reabilitação por mim desenvolvidas, incidiram sempre numa abordagem holística da pessoa, com o objetivo do desenvolvimento de todas as competências.

⁸ O Conselho Internacional de Enfermeiras (1999, p. 55-56) através da CIPE define o autocuidado como “um tipo de Acção Realizada pelo Próprio com as características específicas: tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida.” O autocuidado comer é definido como “encarregar-se de organizar a ingestão de alimentos sob a forma de refeições saudáveis, cortar e partir os alimentos em bocados manejáveis, levar a comida à boca, metê-la na boca utilizando os lábios, músculos e língua e alimentando-se até ficar satisfeito.” O autocuidado beber é definido como “encarregar-se de organizar a ingestão de bebidas durante as refeições e regularmente ao longo do dia ou quando se tem sede, beber por uma chávena ou copo ou deitar os líquidos na boca utilizando os lábios, músculos e língua, beber até saciar a sede.”

⁹ O Conselho Internacional de Enfermeiras (1999, p. 43) através da CIPE define Bem-estar como “imagem mental de estar bem, equilibrado, contente, bem integrado e confortável por orgulho ou alegria e que se expressa habitualmente demonstrando relaxamento de si próprio e abertura às outras pessoas ou satisfação com independência.”

Concomitantemente, desenvolvi reeducação funcional motora, ao estimular durante a alimentação o uso do braço afetado, posicionando-o alinhado em cima da mesa, para favorecer uma postura correta e confortável e permitir à pessoa a sua visualização. É referido por Menoita (2012) que a pessoa com AVC após estar sentada, deve colocar-se uma superfície de trabalho, se possível transparente, pois facilita a integração do hemicorpo lesado no esquema mental. Na transição de saúde-doença em que se instala a incapacidade deste tipo, a consciencialização das limitações por parte da pessoa, favorece o processo de transição. O utente que conheça os seus problemas de saúde, compreende-se e aceita-se, reformula a sua identidade, utilizando estratégias para gerir a nova situação e progredir num processo de transição saudável. As competências específicas de EEER (OE, 2010b) preveem a capacitação¹⁰ da pessoa com essas estratégias.

No período da tarde entre as 17:00 e as 19:00, alguns utentes têm no seu plano de reabilitação o treino da posição em pé no *standing frame*¹¹, na sala designada polivalente do Serviço, onde parte dos treinos de reeducação funcional se desenvolvem. Este dispositivo permite à pessoa alcançar ou manter a posição em pé, cujas doenças ou incapacidades não lho possibilitem sem ajuda (Daniels et al., 2005). Neste procedimento, o EEER ajuda o utente a transferir-se da posição de sentado para a posição em pé, restringe a sua ação através das imobilizações, como medida de prevenção de quedas e de correção postural, que é coadjuvada com a colocação de um espelho de corpo inteiro à frente do utente. A criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro estão previstas nas competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010a), que pode desenvolver no domínio da melhoria da qualidade.

Estas sessões de treino nunca duraram menos que 30 minutos com os utentes com AVC em situação de afasia, o que facilitou o estabelecer a comunicação com

¹⁰ A Ordem dos Enfermeiros (2011b, p. 13) refere que “a capacitação significa actuar em parceria com indivíduos ou grupos para obter o seu empoderamento para a saúde, através da mobilização de recursos humanos e materiais, facultando o acesso às informações de saúde, facilitando o desenvolvimento de competências pessoais e apoiando o acesso aos processos políticos que configuram as políticas públicas que afectam a saúde, a fim de promover e proteger a saúde.”

¹¹ O seu mecanismo permite manter o utente em pé, imobilizado ao dispositivo com uma faixa na região lombar, outra faixa mantém a extensão dos joelhos e os braços são apoiados numa superfície de trabalho incorporada. O treino tem duração de acordo com a tolerância da pessoa. Bagley, Hudson, Forster, Smith & Young (2005) afirmam que o *standing frame* é um tratamento utilizado precocemente após o AVC e tem como benefícios a prevenção do atrofiamento dos músculos, estimulação da atividade muscular anti gravitacional e promover o bem-estar.

estes e seus familiares, permitindo o conhecimento das suas características biopsicossociais e espirituais, no contexto de internamento no CMR, através do desenvolvimento da escuta ativa¹² e questionamento relacionado com especificidades da pessoa, atingindo assim um dos objetivos a que me propus no projeto de formação (O3, Apêndice II).

O facto de prestar atenção à pessoa e família e dar-lhes tempo para expressar as suas necessidades durante a escuta ativa, permitiu-lhes o aumento de confiança em mim como estudante do 4.º CMER, que se refletiu na motivação em interagir com os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados. Isto revela a progressão do processo de transição, pois segundo Meleis et al. (2000) o sentir-se ligado e o interagir, significam indicadores de processo na transição. Não foi possível a colheita de dados a partir do guia instituído no Serviço (Anexo III), pois esta era realizada no momento de admissão do utente, situação em que nunca estive presente por se desenvolver nos turnos da manhã, que realizei raramente. No entanto, a avaliação das informações recolhidas, auxiliou-me no conhecimento global da pessoa.

Parece-me que um EEER que se preocupe com todas as dimensões da pessoa e respeite a sua dignidade e autonomia, consegue criar com esta um relacionamento sólido, baseado na empatia e confiança, que permite ao utente confiar e envolver-se plenamente nas atividades e cuidados de saúde propostos pelo profissional.

a enfermagem de reabilitação é uma prática baseada em relacionamentos. Para ser eficaz neste trabalho, o enfermeiro deve estabelecer uma ligação com o doente, a família, colegas de enfermagem e de outras áreas. Os enfermeiros de reabilitação ajudam indivíduos e famílias a adaptar-se às mudanças de vida causadas pela doença e pela incapacidade. (Hoeman, 2011, p. 183-184)

Sendo a mudança uma propriedade do processo de transição (Meleis et al., 2000), o EEER ajuda a que a transição saúde-doença e/ou situacional aconteça de forma saudável.

Menoita (2012, p.69) refere que “a Reabilitação deve começar precocemente e ser encarada como um modo de vida durante as 24 horas diárias. Alguma recuperação funcional pode ocorrer até mesmo anos após a instalação da lesão.” A aprendizagem motora utiliza a memória que depende do treino. Assim, é necessário repetir inúmeras vezes a mesma ação para ela se apreender; “quanto mais intensa e variada for a

¹² O Conselho Internacional de Enfermeiras (1999, p. 65) através da CIPE define o conceito de escuta ativa, como “fazer o esforço de ouvir outra pessoa, dar atenção ao que o outro diz, tomar nota e responder a outros.”

estimulação, mais sinapses são formadas” (Menoita, 2012, p. 69). No entanto, Collière (1999, p. 302) menciona que

a funcionalidade não é tudo, é por sua vez, influenciada pelo que é sentido isto é, pelo afecto, pelo impacto emocional, pela repercussão que cada pessoa sente numa dada situação. As motivações, as aspirações, os interesses desempenham um papel motor ou inibidor tanto por parte de quem recebe cuidados como de quem os presta.

Estas características do indivíduo remetem para as condições pessoais, que Meleis et al. (2000) referem que podem ser inibidoras ou facilitadoras do processo de transição (Apêndice III).

Com base no exposto parece emergir a importância do treino intensivo para a melhoria da funcionalidade, que é definida por Collière (1999, p. 300) como “a capacidade que uma pessoa, uma família tem, ou não tem, de agir por si próprio, para assegurar uma resposta a uma necessidade que diz respeito à sua vida”. No caso de incapacidade de agir por si próprio, uma sociedade inclusiva e recursos de apoio existentes na comunidade que deem resposta às necessidades da pessoa, têm um papel preponderante na evolução favorável do processo de transição saúde-doença e decorrentes transições situacionais e organizacionais. Meleis et al. (2000) expressam que existem na sociedade e na comunidade condições que podem facilitar ou inibir as múltiplas transições.

Pude constatar que a funcionalidade não depende somente de ter ou não ter essa dita capacidade, mas de outras dimensões da pessoa, tais como a consciencialização, o conhecimento prévio e o otimismo atribuído ao significado da sua situação atual de saúde, que segundo Meleis et al. (2000) são propriedades e condições pessoais facilitadoras do processo de transição.

As duas semanas de EC na Unidade de AVD contribuíram positivamente para a minha aprendizagem, nomeadamente na compreensão do que é realmente significativo no processo de transição, para a pessoa com incapacidade.

Neste departamento, os utentes têm diariamente treinos com duração de meia hora com o EEER, para reeducar essencialmente a funcionalidade nos autocuidados vestuário, incluindo o calçar, higiene da face e oral, pentear e as transferências. Menoita (2012) considera que as AVD são parte integrante do quotidiano da pessoa,

sendo atividades de autocuidado¹³ para satisfazer as necessidades e exigências de vida do dia-a-dia. Tendo em consideração as incapacidades da pessoa com AVC, nomeadamente na componente motora, relacionada com a hemiparesia ou hemiplegia, manifestam-se dificuldades na capacidade de realização das diversas AVD, comprometendo na maioria dos casos a independência¹⁴.

Como são recebidos os utentes de toda a instituição, senti que teria dificuldade em desenvolver as estratégias delineadas no projeto de formação relativas à pessoa com AVC em situação de afasia, pois o meu tempo seria repartido por vários utentes com um leque alargado de patologias. Durante as atividades com os utentes, atribui um significado positivo à situação, pois pude alargar o desenvolvimento das competências específicas do EEER, nomeadamente no treino de reeducação funcional motora e cognitiva e implementação do programa de treino de AVD.

Constatai que neste treino existe uma metodologia de repetição de iguais estratégias em cada autocuidado, que facilita o utente no integrar das atividades como se estivesse a apreender tudo de novo, adaptando-as às suas atuais incapacidades, para que não signifiquem desvantagens. Como por exemplo na pessoa com AVC, no treino do vestir, “o hemicorpo afectado é o primeiro a vestir e o último a despir” (Menoita, 2012, p. 124); as transferências para a banheira executam-se sempre pelo lado do hemicorpo menos afetado e a saída é no sentido inverso (Menoita, 2012).

Compreendi que é fundamental conhecer bem o utente, para escolher a técnica adequada e adaptá-la a cada situação concreta. Queirós, Cardoso e Margato (2002, p. 22) dizem que “a atenção se deve centrar no doente e não na técnica”. Para os mesmos autores, para que os utentes realizem as transferências de forma segura e eficiente, deve-se ter em conta a combinação das capacidades físicas, percetuais, capacidade de compreensão, para diferenciar os passos da técnica a usar, equipamento apropriado e técnicas que sejam adequadas às capacidades dos doentes. “São necessárias superfícies firmes e estáveis (camas e cadeiras de rodas

¹³ O Conselho Internacional de Enfermeiras (1999) através da CIPE categoriza os autocuidados como sendo a higiene, o vestuário, o comer e beber, ir ao sanitário, comportamento sono-reposo, a atividade recreativa e a atividade física, onde inclui o exercício, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé e sentar-se, o apertar, o andar e o mover-se em cadeira de rodas.

¹⁴ Carvalhais (2010) refere que a independência existe quando se consegue alcançar um nível aceitável de satisfação das necessidades, através de ações adequadas que o indivíduo realiza por si mesmo, sem a ajuda de outra pessoa e Sequeira (2010) classifica-a como um conceito relacionando com a capacidade de desempenho de atividades de vida diária e de autocuidado.

que se possam facilmente travar) e que os doentes possuam capacidades de aprender habilidades motoras, ou seja, que física e mentalmente estejam aptos” (Queirós et al., 2002, p. 22).

Das estratégias que aprendi, destaco a da laçada do atacador do sapato adaptada à pessoa com hemicorpo afetado, pois apesar de se ter revelado uma técnica simples de treinar, significou para os utentes grandes ganhos na sua independência e consequentemente na sua autonomia. Menoita (2012) refere que esta técnica permite a utilização de uma só mão e consiste em apertar os atacadores de cima para baixo e a extremidade solta é introduzida dentro do sapato, evitando que esta provoque quedas.

Um dos utentes com AVC em situação de afasia de expressão, ao terminar de calçar o sapato, segurou o atacador e fez o gesto de negação com a cabeça, como a exprimir a incapacidade de apertá-lo. Pedi-lhe que retirasse o sapato e dispus o atacador de maneira a que ele o pudesse apertar como conseguia, utilizando somente a mão menos afetada. Quando terminou de apertar o atacador sem ajuda, depois de algum tempo sem o fazer, ficou imóvel a observar-me. Demonstrou uma expressão facial de alegria e quis repetir a técnica.

Com esta experiência constatei que os cuidados de enfermagem de reabilitação devem basear-se primeiro, em acreditar na eficácia das intervenções por mais simples ou diferenciadas que elas sejam, e depois acreditar na pessoa, não só na sua funcionalidade, mas principalmente na sua motivação, na sua ambição de conseguir ultrapassar as dificuldades. Hesbeen (2003, p. 86) refere que

a enfermagem para além dos saberes de diferentes naturezas que exige e do seu inquestionável tecnicismo, compreende uma imensidão de coisas. (...) As pequenas coisas, aparentemente tão anódinas, por muito pouco sofisticadas e espectaculares que sejam, fazem parte da vida de todos e são, portanto, necessárias à promoção da saúde da pessoa. Por vezes são tão ou mais necessárias do que os actos complicados que implicam alta tecnologia.

Esta foi uma das vastas experiências que tive como estudante do 4.º CMER e tenho como enfermeira e futura EEER, que me fazem acreditar que a pessoa valoriza mais a intervenção de enfermagem de reabilitação que dê resposta às suas reais necessidades, que respeitem a sua autonomia e dignidade, que promovam a sua

independência como pessoa com incapacidade, do que o facto, dessas intervenções serem complexas sob o ponto de vista técnico.

Esta foi uma situação em que promovi a autoestima da pessoa, na medida em que a orientei para a compreensão da sua situação como pessoa incapacitada, mas capaz de desenvolver estratégias de gestão das suas dificuldades, revelando assim um *coping*¹⁵ eficaz, que segundo Meleis et al. (2000) é um indicador de processo de uma transição saudável.

O utente desenvolveu habilidades, que Meleis et al. (2000) designam como mestria e a consideram como um indicador de resultado que permitiu a transição de dependência para independência e consequentemente o utente ficou mais motivado a participar em qualquer intervenção do programa de reabilitação. Queirós et al. (2002, p. 23) referem que o “doente motivado mais facilmente ultrapassa as dificuldades, empenha-se na acção com muito menos custo, está muito mais receptivo à compreensão dos passos/etapas a desenvolver.” Julgo que cabe ao EEER estimular essa motivação, e para isso por vezes basta demonstrar à pessoa que acreditamos não só no seu corpo funcional, mas num ser capaz de ultrapassar as nossas e as suas próprias expectativas. Um ser portador de condições pessoais que compreende dimensões biopsicossociais, que vão além da funcionalidade propriamente dita. Meleis et al. (2000) dizem que os enfermeiros são quem preparam os utentes para transições eminentes e facilitam o processo de aprendizagem de novas capacidades.

Na Unidade de AVD tive também oportunidade de desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio da melhoria da qualidade, ao envolver a família e na colaboração da definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros e no âmbito das competências específicas do EEER, na promoção da mobilidade e acessibilidade.

No CMR, os utentes vão com frequência passar o fim-de-semana ao domicílio. Daí que seja importante que eles e a sua família compreendam as reais dificuldades e as situações em casa que se tornaram obstáculos à realização das suas atividades, decorrentes das incapacidades adquiridas após a doença. Foi possível participar, com

¹⁵ O Conselho Internacional de Enfermeiras (1999, p. 50) através da CIPE define *coping* como “disposição para gerir o *stress*, que constitui um desafio aos recursos que o indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores que o defendam contra ameaças subjacentes que são apercebidas como ameaçadoras de uma auto-estima positiva; acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição de stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico.”

a restante equipa de enfermagem, no envolvimento da família no seu processo de transição e pode desenvolver aprendizagens no âmbito da gestão de ambientes no domicílio, que facilitem a diminuição de desvantagens decorrentes das incapacidades adquiridas pelos utentes, após a instalação da doença.

Hoeman (2011) afirma que a equipa de reabilitação tem de considerar também as necessidades da família e as suas preferências. Considero que a realização dos autocuidados, como o banho, pode significar uma desvantagem se não se adaptar o ambiente da pessoa com incapacidade. Numa avaliação centrada no cliente, foi possível alertar a família e utente com AVC, com o hemicorpo direito afetado, qual seria a cadeira de banho mais adequada. Foi tido como objetivo dar resposta não só às necessidades específicas da pessoa, mas também validar as características da habitação e assim, orientá-los na eliminação de barreiras arquitetónicas, que impossibilitassem a pessoa de ser independente e autónoma neste autocuidado e dificultassem a família no seu papel de prestadores de cuidados¹⁶.

Na avaliação conjunta com este utente e família, que já estavam a adaptar a casa de banho e trocaram a banheira por um *poliban*¹⁷, verificamos que a cadeira de banho mais adequada seria com rodízios para permitir uma maior mobilidade e consequentemente maior facilidade na ajuda providenciada (utente apresentava nível=3 na escala de MIF, no autocuidado do banho)¹⁸ pelo prestador de cuidados neste autocuidado. Esta orientação permitiu ao utente e família o desenvolvimento de estratégias de gestão da nova situação, que lhes providenciou habilidades para lidar mais facilmente com as incapacidades decorrentes da doença e reduzir a desvantagem inerente, promovendo assim um processo de transição saudável.

¹⁶ O Conselho Internacional de Enfermeiras (1999, p. 63) através da CIPE define Papel de Prestador de Cuidados como sendo “interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes da família.”

¹⁷ Menoita (2012, p. 119) diz que o duche deve ser o mais adequado às limitações da atividade da pessoa e de preferência num *poliban* raso.

¹⁸ Segundo a MIF, o nível=1 (mínimo) corresponde à necessidade de ajuda total e o nível=7 (máximo) corresponde à independência completa por parte do utente.

1.1. Transição Saudável na Reeducação Funcional Cardiorrespiratória

Ainda no EC desenvolvido no CMR tive a oportunidade de participar no curso de Reeducação Funcional Respiratória (RFR)¹⁹ promovido pela instituição, que contempla quatro sessões teórico-práticas e o seu público-alvo foram 8 utentes com Traumatismo Vertebro-Medular (TVM).

A OE (2009) refere que as complicações pulmonares são das mais importantes causas de morte nas pessoas com TVM, em que há paralisia de músculos respiratórios (consoante o nível da lesão²⁰), surge a estase e a acumulação de secreções por ineficácia dos mecanismos de limpeza (drenagem mucociliar e tosse).

As atividades de RFR desenvolvidas com os utentes e a equipa de enfermagem de reabilitação, como o treino do relaxamento corporal, da consciencialização da respiração, da dissociação dos tempos respiratórios, da respiração diafragmática, da expansão costal basal lateral com e sem faixa, na reeducação costal global com bastão, na utilização de incentivadores respiratórios e no treino da tosse assistida e dirigida (Anexo IV) foram de encontro ao preconizado pela OE.

atendendo ao nível, sequelas e fase de evolução da lesão medular, os exercícios de RFR podem ser realizados pela pessoa na posição de deitado, sentado ou em posição ortostática. Podem utilizar-se vários meios auxiliares como bastões, faixas, inspirómetro, expirómetro e outros. (OE, 2009, p. 57)

Uma das bases do espírito da reabilitação é “o minorar o peso daquilo que haja a carregar, sejam quais forem os meios de que se disponham” (Hesbeen, 2003, p.64); será a adaptação dos meios às circunstâncias e tendo em conta os constrangimentos de recursos materiais, foram usados balões como incentivadores respiratórios. O facto de incentivar os utentes a encher os balões, revelou-se uma atividade lúdica, o que lhes aumentou a motivação para participarem nas atividades, que segundo Meleis et

¹⁹ A RFR consiste num “conjunto de procedimentos terapêuticos que tem como objectivo ensinar a pessoa a respirar de forma adequada, utilizando para tal o padrão respiratório diafragmático com menor esforço da musculatura acessória da respiração, recrutada progressivamente à medida que a pessoa experimenta crescente dificuldade para respirar, desencadeando o comprometimento do intercâmbio gasoso e fadiga muscular” (OE, 2009, p. 55-56).

²⁰ “O nível da lesão medular dita o grau de alteração do padrão respiratório e das trocas gasosas: uma lesão completa acima de C4 paralisa o diafragma e é inevitável a ventilação mecânica; lesões mais baixas, embora não interfiram nos movimentos diafragmáticos, podem levar a dificuldade respiratória por perda da actividade dos músculos intercostais, necessários à estabilização da caixa torácica. A avaliação permanente da função respiratória é essencial na prestação de cuidados para despistar alterações e prevenir complicações no TVM.” (OE, 2009, p. 32)

al. (2000) é uma dimensão que permite ao utente envolver-se com as intervenções de enfermagem de reabilitação, refletindo um indicador de processo que conduz à eficácia do processo de transição.

O curso teve resultados positivos, pois no final foi avaliada a eficácia da aprendizagem e os utentes exemplificaram as técnicas adequadamente sem ajuda. Alguns manifestaram a melhoria do padrão respiratório e consequentemente do bem-estar. Este é um indicador de resultado que demonstra um processo de transição saudável, na medida em que os utentes desenvolveram habilidades para gerirem a sua situação de saúde atual.

Esta experiência permitiu-me consolidar conhecimentos e desenvolver competências específicas do EEER (OE, 2010b), nomeadamente no treino motor e cardiorrespiratório, que pude dar continuidade no EC desenvolvido no Serviço de Pneumologia.

Os primeiros dias deste EC revelaram-se um desafio maior do que eu esperava. Apesar do conhecimento prévio teórico e algum prático, demonstrei dificuldade em executar as técnicas de RFR, nomeadamente na expansão costal (Anexo IV). A colocação correta das mãos no tórax dos utentes, aquando da execução da RFR, pareceu-me mais fácil na literatura do que na aplicação prática. Felizmente com a orientação dada pela EEER e o treino consecutivo das diferentes técnicas, consegui ultrapassar esta dificuldade e ao fim de cinco dias de EC executava-as com eficácia.

Os resultados explanados em planos de cuidados, que foram avaliados essencialmente pela auscultação pulmonar, inspeção, palpação, percussão e radiografia torácicas, revelaram melhoria da função respiratória dos utentes (Apêndice V), dando como atingido o principal objetivo deste EC que foi desenvolver competências de enfermagem de reabilitação junto da pessoa com alterações da função respiratória (O7, Apêndice II).

Elaborei planos de cuidados de três utentes com alterações da função respiratória, com os quais desenvolvi as atividades planeadas no projeto de formação. Um deles tinha como patologia respiratória DPOC²¹ e os restantes apresentavam

²¹ Segundo Cordeiro e Menoita (2012) a DPOC corresponde a uma patologia respiratória crónica, que resulta de danos causados aos pulmões durante muitos anos, que se caracteriza por uma limitação do fluxo aéreo que não é completamente reversível. Está associada a uma resposta inflamatória anómala dos pulmões a partículas tóxicas e gases e é uma das principais causas de morbilidade crónica e de mortalidade em todo o mundo.

Pneumonia²². Ocorreu o óbito de um destes utentes com pneumonia após cinco turnos decorridos do EC, não sendo possível a avaliação de resultados das atividades desenvolvidas por mim enquanto estudante do 4º CMER.

Ao longo das seis semanas deste EC pude constatar a elevada prevalência de doenças respiratórias, tendo em conta a taxa de ocupação de 100% do Serviço. Esta prevalência é proporcional ao que se verifica em todo o país. A Organização Nacional de Doenças Respiratórias aponta para que em Portugal, tendo em conta os registos epidemiológicos, no ano de 2008 foram internadas nos hospitais 73880 pessoas, com diagnóstico principal de doença respiratória, com tendência a aumentar, pois de 2003 para 2008 os internamentos por alterações respiratórias subiram de 12,8% para 19,7% (Cordeiro & Menoita, 2012).

Com base no referido por Hoeman (2011, p. 187): “os avanços científicos e tecnológicos, a população mundial a aumentar e a envelhecer, a violência e uma maior participação em atividades de lazer criaram um ambiente em que mais indivíduos, de todas as idades, vivem situações crónicas e incapacitantes”, julgo que estas percentagens se devem ao aumento do envelhecimento populacional, que por sua vez faz prevalecer cada vez mais as doenças crónicas.

Utentes com patologias crónicas como a DPOC apresentam alterações da funcionalidade respiratória, logo devem ser alvo da atenção dos EEER, tendo em consideração as suas competências específicas (OE, 2010b). A sua função é fundamental na adesão e gestão do regime terapêutico²³ por parte do utente, para prevenir a agudização da doença e recorrentes internamentos hospitalares.

Para prevenir este problema, a EEER do Serviço de Pneumologia, acompanha utentes no domicílio com patologia respiratória crónica, após alta hospitalar. A seleção incide sobre os utentes que durante o internamento não aderiram ao regime

²² A Pneumonia define-se como uma doença infecciosa pulmonar e restritiva, caracterizada pela substituição do ar dos alvéolos e ductos alveolares por um exsudado inflamatório das paredes alveolares e espaços intersticiais. Os objetivos da RFR nas situações de Pneumonia são a expansão pulmonar com ênfase no lado afetado, a drenagem de secreções, a promoção de tosse eficaz e melhorar a tolerância ao esforço (Cordeiro & Menoita, 2012).

²³ O Conselho Internacional de Enfermeiras (1999, p. 58) através da CIPE define Adesão ao Regime Terapêutico como o “desempenhar actividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidado ou apoiante.”

O Conselho Internacional de Enfermeiras (1999, p. 58) através da CIPE define Gestão do Regime Terapêutico como o “executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrar actividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária.”

terapêutico, ou não fizeram a sua gestão de forma eficaz, até à altura em que estes passam a ser acompanhados por EEER a exercer funções na comunidade.

Neste contexto tive a oportunidade de realizar visita domiciliária a uma utente submetida a Ventilação Não Invasiva (VNI)²⁴, cuja função respiratória se encontrava comprometida, relacionada com a DPOC. A minha abordagem incidiu na avaliação das condições de transição pessoais e da comunidade, que contribuíssem negativamente para a adesão e gestão do regime terapêutico e inibissem o processo de transição e em intervenções de enfermagem de reabilitação que o facilitassem. Avaliei que a utente devido a um processo demencial concomitante, não conseguia compreender a importância da VNI e retirava a máscara frequentemente. Meleis et al. (2000) referem que as atitudes da pessoa e a sua pouca preparação e conhecimento acerca da doença e seu tratamento, podem ser condições pessoais inibidoras do processo de transição.

As intervenções de enfermagem de reabilitação por mim planeadas e realizadas, além da execução da RFR foram, ensinar e treinar²⁵ o prestador de cuidados da utente na utilização da VNI. Cordeiro & Menoita (2012, p. 212) referem que o EEER “tem um papel crucial na implementação, adesão e sucesso da VNI e no programa específico de Reeducação Funcional Respiratória. A RFR associada à VNI parece melhorar a tolerância ao exercício e diminuir a dispneia.”

A utente teve internamentos hospitalares de 15 em 15 dias durante os últimos três meses, relacionados com complicações da DPOC. Após estas intervenções de enfermagem de reabilitação não se registaram internamentos durante o restante tempo de EC, que foram três semanas, que refletiram a eficácia na transição saúde-doença. Foi demonstrada mestria, indicador de resultado no processo de transição (Meleis et al., 2000), não pela utente mas por quem a conseguiu substituir, refletida em habilidades capazes de gerir os sintomas da doença, que beneficiaram a adaptação saudável à sua condição crónica.

as enfermeiras de reabilitação têm um dever essencial de providenciar educação de qualidade ao doente e à família. Uma educação eficaz ajuda o doente a aprender a viver

²⁴ A VNI trata-se de ventilação através das vias aéreas superiores usando uma máscara ou um equipamento similar, evitando os métodos invasivos. Pode ser utilizada em situações agudas intra-hospitalar e em situações crónicas no domicílio. Está indicada em casos de retenção de CO₂ em pessoas com DPOC, permitindo o descanso da musculatura inspiratória, melhora o estímulo ventilatório central e diminui a PaCO₂ (pressão parcial de dióxido de carbono) noturno, reduzindo a mortalidade no tratamento da exacerbação da DPOC (Cordeiro & Menoita, 2012).

²⁵ Treinar é definido como “desenvolver as competências de alguém ou o funcionamento de alguma coisa.” (Conselho Internacional de Enfermeiras, 1999, p. 156). O Ensinar está definido na página 31 em nota de rodapé.

com uma condição crónica ou incapacitante no seu próprio ambiente, da maneira mais independente possível. (Hoeman, 2011, p. 61)

Esta experiência além de me permitir o desenvolvimento de competências específicas de EEER numa abordagem centrada na pessoa com alterações da funcionalidade cardiorrespiratória, permitiu-me desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010a), na medida em que as estratégias de resolução de problemas foram desenvolvidas em parceria com o prestador de cuidados; demonstrei autonomia de julgamento fundamentado na tomada de decisão em relação aos cuidados de enfermagem de reabilitação; envolvi a família e outros no sentido de assegurar a adesão da utente à VNI.

Durante o EC no Serviço de Pneumologia, não tive oportunidade de desenvolver atividades com utentes com AVC, em situação de afasia, por neste período não se encontrarem internados utentes nesta situação. No entanto, desenvolvi estratégias comunicacionais com a pessoa cuja patologia, conduzia a alterações da linguagem.

Dentro deste contexto surgiu uma problemática entre a equipa de enfermagem relacionada com o Sr. J.M. que apresentava pneumonia como patologia respiratória, com o qual desenvolvi as atividades planeadas no projeto. Este utente tinha como patologia secundária Doença de Alzheimer (DA), que consequentemente conduzia a uma sintomatologia de défice de atenção e de compreensão, conforme pude avaliar através do Guia de Avaliação Neurológica (Apêndice IV) que criei durante o EC anterior.

Durante várias passagens de turno era unânime a opinião da equipa de enfermagem, em relação à dificuldade em prestar cuidados ao utente, referindo a sua agitação permanente. Tendo em conta este comportamento, relacionado com a DA, achei importante estimular a comunicação com o utente durante a minha prestação de cuidados como estudante do 4.º CMER. Wilson, Leonard, Rochon e Mihailidis (2013) referem que o declínio da memória e da linguagem afetam a capacidade de comunicação dos indivíduos com DA, no âmbito da fluência verbal e da compreensão e que dificuldades na comunicação conduzem inevitavelmente ao enfraquecimento das relações entre os cuidadores e indivíduos com esta patologia.

Neste sentido, desenvolvi um manual de estratégias de enfermagem facilitadoras da comunicação com utentes com linguagem alterada (Apêndice VI) que

apresentei à equipa de enfermagem, onde foi incluída a equipa de assistentes operacionais, visto que também têm uma relação próxima com o utente. Os principais objetivos deste manual foram sensibilizar estes profissionais para a importância de utilizar estratégias de comunicação com estes utentes durante a prestação de cuidados e promover a relação terapêutica entre utente e profissionais de saúde.

A sua apresentação foi efetuada no final do EC e por constrangimento de tempo, não pude avaliar o seu impacto na mudança de comportamento dos profissionais em relação ao desenvolvimento de estratégias comunicacionais com utentes cuja linguagem está alterada. No entanto, ao longo de todo o período que prestei cuidados a este utente (quatro semanas), desenvolvi as estratégias de enfermagem facilitadoras da comunicação concomitantemente com as atividades planeadas no projeto de formação. Em todos os momentos de prestação de cuidados, avalei pela observação direta do comportamento do utente, que a sua agitação era cada vez menos frequente, à medida que a comunicação ia sendo estimulada, através dessas estratégias.

Julgo que com esta intervenção consegui fazer com que o utente se sentisse ligado aos meus cuidados de enfermagem de reabilitação, pois apesar do seu défice de atenção, existiram momentos em que participou e interagiu no programa de reabilitação, nomeadamente na reeducação funcional motora, o que demonstra a sua compreensão em relação à necessidade destas intervenções e reflete progressão no processo de transição.

2. COMPREENDER A AFASIA NA PESSOA COM AVC: ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PROMOTORA DA TRANSIÇÃO SAUDÁVEL

A afasia é uma das incapacidades resultantes do AVC, que quando se instala conduz não só a uma transição do tipo saúde-doença, mas a múltiplas transições. Hoeman (2011, p. 527) define a afasia como “a perda ou a diminuição de uma capacidade previamente estabelecida de compreensão e/ou formulação de linguagem, causada por danos cerebrais”. É provável que a pessoa que sofre um AVC no hemisfério cerebral esquerdo, inevitavelmente terá alterações da linguagem, pois tendo em conta a “dominância cerebral, a linguagem resulta de processos biológicos ocorrendo principalmente no hemisfério esquerdo” (Caldas, 2000, p. 153-154).

Contudo, a linguagem compreende múltiplos processamentos cerebrais e apesar de a maioria ocorrer no lado esquerdo, alguns sucedem-se do lado direito do cérebro. Segundo Caldas (2000) a capacidade de comunicar da pessoa com AVC no hemisfério cerebral esquerdo, pode não estar totalmente comprometida, pois no hemisfério direito existem áreas diferenciadas que processam a linguagem, e se a lesão não for demasiado extensa, não se alteram todas as dimensões da linguagem. Hoeman (2011, p. 531) corrobora este autor quando diz que “o hemisfério direito é dominante na organização da componente afetivo-prosódica da linguagem e do comportamento gestual”.

Portanto, além da competência linguística²⁶, a capacidade de comunicar depende das competências pragmáticas e da cognição. Segundo Hoeman (2011) a pragmática²⁷ é a componente da comunicação²⁸ com enorme carga cultural, e pode ser vista como uma função genérica que abarca todos os outros aspetos da

²⁶ A competência linguística define-se como a capacidade para formar e utilizar símbolos. A linguagem é o sistema de sinais simbólicos utilizado por uma pessoa para comunicar com outras e é composto por discurso expressivo (produção) e recetivo (compreensão). A linguagem, o discurso e a escrita asseguram às pessoas um sistema de comunicação bem ordenado e com regras (Hoeman, 2011).

²⁷ A competência pragmática é a capacidade de usar a linguagem apropriadamente em contextos sociais e situacionais e envolve todos os aspetos não linguísticos da comunicação (Hoeman, 2011).

²⁸ O Conselho Internacional de Enfermeiras (1999, p. 64) através da CIPE define comunicação como “acções de dar ou trocar informações, mensagens, sentimentos ou pensamentos entre pessoas e grupos de pessoas, usando comportamentos verbais e não verbais, conversação face a face ou medidas de comunicação remota como o correio, correio electrónico e telefone.”

linguagem. O hemisfério direito tem um papel preponderante na prosódia²⁹, atitude, emoções e comportamentos gestuais envolvidos na linguagem e comunicação. O cerebelo pode coordenar sinais físicos através dos quais a comunicação não-verbal ocorre. A competência cognitiva é necessária para que a comunicação possa ser relevante, precisa e evidencie um raciocínio claro.

O som produzido na emissão de palavras ou frases é submetido a um processamento cerebral específico.

a informação chegada ao córtex auditivo é encaminhada para o lado mais apropriado, através do corpo caloso, para que seja processada. O córtex auditivo primário, que se localiza na parte superior do lobo temporal de ambos os hemisférios, está conectado com o córtex de associação, onde é trabalhada a informação de forma mais orientada e o som é reconhecido como linguagem. (Caldas, 2000, p. 153-154)

Existe uma área cerebral específica, capaz de processar a linguagem verbal, sendo ela oral ou escrita.

no hemisfério cerebral esquerdo, o córtex de associação auditivo está organizado para trabalhar a informação verbal. Esta região designada por área de Wernicke participa na análise dos elementos da comunicação que estão constituídos em palavras, isto é, toda aquela informação que é passível de ser representada também em código escrito. (Caldas, 2000, p. 154-155)

Após a análise da linguagem verbal, a competência cognitiva da comunicação assume a sua função, relacionando o seu significado com outros conceitos já existentes na memória.

à medida que a informação vai entrando, vai sendo arquivada sequencialmente com marcação de tempo e de ordem, o que permite identificar e evocar, sempre que necessário, os elementos que estão a entrar. A palavra é reconhecida como palavra porque se regista um empareiramento entre o produto da decodificação e uma memória prévia. (Caldas, 2000, p. 159)

Hoeman (2011) acrescenta que os seres humanos usam a linguagem quando estão a desenvolver atividades cognitivas. Por exemplo, o hemisfério esquerdo transfere a memória e armazena-a permanentemente em formato de linguagem.

Para que a palavra seja produzida, existe um ato motor que consiste na contração e relaxamento dos músculos articulatórios. As regiões cerebrais envolvidas nesta operação localizam-se no hemisfério esquerdo, na porção inferior da circunvolução frontal ascendente, associada à porção inferior da circunvolução parietal ascendente, onde se originam movimentos e se recebe informação de

²⁹ A prosódia refere-se à melodia, pausa, entoação, ênfase e acentuações aplicadas à linha articulatória (Hoeman, 2011).

sensibilidade dos músculos articulatórios. A área de Broca localizada à frente destas regiões está relacionada com os processos de organização da sequenciação dos fonemas na produção do discurso (Caldas, 2000). Estas são áreas funcionais do córtex cerebral (Seeley, Stephens & Tate, 2001) e estão representadas no Anexo V.

São várias as mudanças na vida da pessoa com AVC, em situação de afasia. Significa que esta passará por múltiplos tipos de transições que normalmente se relacionam. A transição saúde-doença que se relaciona com a incapacidade ou dificuldade da pessoa na comunicação, que conduz a transições situacionais, que podem comprometer a sua vida social, profissional e familiar.

Para Lourenço e Mendes (2008) é errado considerar a afasia apenas como uma afeção da linguagem, pois isso implicaria um tipo de abordagem para a reabilitação do utente em situação de afasia, logo à partida condenada ao fracasso. A afasia tem um efeito lesivo muito mais abrangente. Pressupõe desde logo graves danos na integridade psíquica do indivíduo, alterações profundas na sua atividade ocupacional e social, conduzindo invariavelmente à descriminação no trabalho e por vezes à rejeição envergonhada dos amigos, a desequilíbrios severos do seu relacionamento afetivo e familiar.

A afasia pode não ser experienciada uniformemente por diferentes pessoas, mesmo que as circunstâncias sejam aparentemente similares. O significado que lhes é atribuído pode ser positivo neutro ou negativo. A transição pode ser desejada ou não, pode ser uma escolha pessoal ou não (Meleis, 2010). Como já foi referido, a pessoa é um ser com características únicas, e no caso da pessoa com AVC, em situação de afasia, esta transição nunca será desejada, por isso ser-lhe-á atribuído um sentido negativo, que poderá interferir na duração do processo de transição, inibindo-o ou prolongando-o. O processo refere-se à natureza dinâmica da experiência de transição (Meleis, 2010).

Podem existir outras condições pessoais, da sociedade e da comunidade, que facilitem ou não a progressão deste tipo de transição. Julgo que a pessoa em situação de afasia que esteja inserida numa sociedade, incapaz de a integrar, e numa comunidade que não lhe providencie apoios para que esta incapacidade não signifique uma desvantagem, corre o risco de isolamento social e consequentemente o seu processo de transição situacional, relacionado com a atividade profissional ou

de lazer, é inevitavelmente inibido. Guerreiro (2007) considera crucial o investimento em apoios sociais e organizacionais no âmbito da comunicação alternativa, a indivíduos em situação de afasia e suas famílias, para colmatar as suas falhas comunicacionais.

Meleis (2010) refere que a transição requer que a pessoa adquira novos conhecimentos e incorpore novas habilidades, com o intuito de uma melhor adaptação à sua nova condição de saúde-doença. Por sua vez, Hesbeen (2003) diz que uma incapacidade, que é consequência funcional da deficiência, não conduz inevitavelmente à desvantagem ou, pelo menos, a uma desvantagem permanente.

A afasia como incapacidade decorrente do AVC pode não significar um obstáculo à participação da pessoa no seu ambiente e na sociedade. Meleis (2010) propôs que a transição é um conceito central na disciplina de enfermagem, por isso cabe à enfermagem de reabilitação planejar estratégias junto da pessoa e providenciar-lhe conhecimentos, para a capacitar com habilidades comunicacionais que evitem que a afasia conduza a uma desvantagem. Segundo Meleis (2010), a criação de ambientes saudáveis, tanto no âmbito físico como emocional, também é uma intervenção de enfermagem durante a transição.

2.1. A Pessoa em situação de Afasia e os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Avaliar, Planear e Implementar

Neste subcapítulo irei analisar e refletir acerca das atividades significativas desenvolvidas na prática, especificamente com a pessoa com AVC em situação de afasia, que me permitiram atingir os objetivos a que me propus para o desenvolvimento das competências comuns e específicas de EEER e aprofundar conhecimentos acerca da temática.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação por mim desenvolvidos como estudante do 4.º CMER, junto da pessoa com AVC em situação de afasia incidiram na reeducação da sua funcionalidade global (motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação e da eliminação), considerando os problemas potenciais e reais avaliados numa abordagem holística, como refletem os planos de cuidados realizados (Apêndice V). Segundo Hoeman (2011) os objetivos da

reabilitação são prevenir complicações, minimizar compromissos e melhorar a função. O processo através do qual estes objetivos são alcançados inclui avaliação e diagnóstico global, identificação dos resultados esperados e intervenções planeadas e executadas.

Tendo em consideração a problemática em estudo, a minha intervenção teve maior enfoque na avaliação da afasia, no planeamento e implementação de atividades de enfermagem de reabilitação, que pudessem maximizar a função, neste caso a comunicação. “O foco da reabilitação é providenciar intervenções para maximizar a função e para limitar o impacto da incapacidade” (Hoeman, 2011, p. 177).

Sendo a afasia considerada como uma perturbação da linguagem (Caldas, 2000), julgo que por si só não incapacita a pessoa para comunicar, tendo em conta as outras competências da comunicação, tais como a pragmática e a cognição. “A riqueza e a complexidade da comunicação de uma pessoa existem por causa das contribuições tanto do hemisfério cerebral direito como do esquerdo” (Hoeman, 2011, p. 530).

Posto isto, senti necessidade ao longo do EC de desenvolver um Guia de Avaliação Neurológica (Apêndice IV), que me permitisse avaliar outras dimensões cognitivas além da linguagem, tais como a atenção e a memória, que se relacionam entre si no fenómeno da comunicação eficaz. O objetivo deste guia foi obter um conhecimento mais profundo das características da pessoa e das suas incapacidades decorrentes do AVC, para poder adequar os cuidados de enfermagem de reabilitação e foi aplicado integralmente a uma utente a passar por este tipo de transição saúde-doença, em situação de afasia.

Caldas (2000) refere que no estudo da linguagem em doentes que sofreram lesões cerebrais usam-se provas específicas, tais como as que testam a capacidade de descodificação (a compreensão auditiva), as que testam a capacidade de codificação (a denominação de objetos e figuras) e as que estudam a ligação da descodificação com a codificação (a repetição de palavras). Isto é, a avaliação de uma afasia é feita essencialmente por quatro provas: análise do discurso (fluência), nomeação, repetição e compreensão auditiva verbal. Como complemento, o enfermeiro deverá ainda avaliar as capacidades de leitura e de escrita (Branco & Guerreiro, 2011). Foi este instrumento de avaliação da afasia que utilizei durante o EC

no CMR, pois estas provas revelaram-se simples de aplicar o que facilitou a avaliação dos resultados das intervenções na reabilitação da afasia, na diminuição desta como incapacidade e/ou desvantagem.

Caldas (2000, p. 171) refere que “o discurso afásico classifica-se em duas categorias: fluente e não fluente”. Nos casos em que o discurso é classificado como não fluente, as lesões estão localizadas anteriormente ao rego de Rolando e no discurso fluente as lesões encontram-se posteriormente a este acidente anatómico (Anexo V) (Caldas, 2000). Compreender esta fundamentação, pode auxiliar na avaliação da linguagem, na medida em que conhecendo a localização da lesão e a sua extensão, sabe-se à partida que se está perante uma pessoa com dificuldades na expressão, compreensão ou ambas. “Está consolidado e universalmente aceite o conceito de que uma determinada localização de lesão cerebral corresponde uma alteração específica de linguagem” (Mineiro et al., 2007).

Caldas (2000) diz que a classificação dos tipos de afasia faz-se de acordo com os critérios de fluência, compreensão, nomeação e repetição (Anexo VI). Foi na avaliação destes critérios que foquei a minha intervenção e não no diagnosticar o tipo de afasia, embora julgue ser importante conhecê-lo, pois permite compreender quais destes critérios se alteraram após o acontecimento crítico, correspondente à transição saúde-doença.

a utilidade de classificar as afasias é exclusivamente para efeitos de arquivo e estudos de séries de casos com características idênticas. Não é útil para a pesquisa, nem sobretudo para a reabilitação. O que importa é ter o caso minuciosamente analisado numa perspetiva multidimensional, atendendo às idiossincrasias que podem permitir adaptar o programa de reabilitação, que deve ser sempre feito por medida. (Caldas, 2000, p. 167)

Dos quatro utentes com AVC no hemisfério cerebral esquerdo, em situação de afasia, aos quais implementei as atividades planeadas no projeto de formação, três tinham sido diagnosticados com afasia global e uma com afasia de Broca.

Segundo Caldas (2000), sete componentes³⁰ contribuem para a definição de fluência: o débito, o esforço produtivo, a articulação, o comprimento das frases, a prosódia, as características do léxico e as parafasias.

³⁰ O débito do discurso é o número de palavras produzidas por unidade de tempo, o que em média rondará entre 100 a 200 palavras por minuto na afasia fluente e menos de 50 palavras na afasia não fluente. Pode estar diminuído devido à lentificação do próprio ato motor de falar e/ou disfunção de caráter cognitivo que empobreça a produção de discurso.

O esforço produtivo tem a ver com a dificuldade de produzir as palavras como se de uma tarefa muito laboriosa se tratasse e torna-se evidente no início da articulação, simulando o que se observa na gaguez, mas sem ser propriamente um fenómeno desta natureza. Está aumentado na afasia não fluente e normal na afasia fluente.

Na avaliação inicial em relação à fluência, os quatro utentes apresentavam discurso não fluente, com débito diminuído, esforço produtivo aumentado, utilização de frases com uma a três palavras, prosódia ausente em dois utentes, acesso ao léxico muito reduzido (principalmente nos utentes com afasia global) e parafasias semânticas presentes num dos utentes com afasia global. Caldas (2000) refere que na avaliação da fluência do discurso espontâneo, pode perguntar-se ao utente dados da sua história clínica, ou da sua biografia. Se não for possível desta forma, desencadear a produção de discurso, pedindo-se ao utente que descreva o que vê num desenho.

A não fluência do discurso pode ser mesmo uma total ausência deste e não se deve confundir com mutismo. No caso da afasia observa-se que o doente pretende comunicar, enquanto o utente em mutismo não demonstra qualquer sinal de querer fazê-lo (Caldas, 2000). Não era o caso destes quatro utentes, pois na avaliação inicial dois deles conseguiam utilizar frases com uma a três palavras e as restantes duas utentes, exprimiam a mesma palavra, que utilizavam durante todo o discurso, com entoações diferentes (mantinham a prosódia, apesar da não fluência).

Caldas (2000) refere que em casos graves de afasia, o pouco discurso produzido é substituído por uma única produção verbal designada estereótipo, que pode ser uma palavra correta ou uma parafasia. Era o caso das duas utentes, em que uma utilizava o estereótipo “lá” e a outra, o estereótipo “não”. Estas avaliações permitiram-me explorar e planear as diferentes estratégias comunicacionais que pudessem ser as mais adequadas, numa perspetiva dos cuidados centrados na pessoa, para reduzir a desvantagem comunicacional.

O defeito da articulação designa-se por disartria e é mais evidente na produção de palavras de morfologia mais difícil. Está presente na afasia não fluente e a articulação na afasia fluente é normal.

Em relação ao comprimento das frases o doente com afasia não fluente usa frases muito curtas sem partículas de ligação, com uma a duas palavras por frase. Na afasia fluente são usadas frases com cinco a oito palavras.

Na prosódia intervém a melodia, a inflecção, o ritmo e o timbre da produção do discurso. Na afasia não fluente o doente é disprosódico e na afasia fluente a prosódia é normal. As lesões do hemisfério direito alteram a prosódia por mecanismos diferentes do lobo frontal esquerdo.

A dificuldade de acesso ao léxico conduz à redução da fluência do discurso, sobretudo aos nomes. O doente compreende determinada situação, mas tem dificuldade em encontrar o léxico apropriado. Na afasia não fluente são usados substantivos em excesso, observando-se redução do número de substantivos na afasia fluente.

As parafasias consistem nas alterações da morfologia das palavras. As parafasias designadas fonológicas podem ser por troca, omissão ou adição de fonemas, ou semânticas se o doente utiliza outra palavra relacionada com o contexto da que deveria utilizar (mesa em vez de cadeira). Nas afasias não fluentes são raras (parafasias fonológicas) e nas afasias fluentes são frequentes e de todos os tipos. Nas ocasiões em que a palavra surge tão alterada que se torna difícil de compreender a natureza do erro, designa-se neologismo.

Foi importante avaliar e compreender que a utente com estereótipo “não” mantinha a prosódia, pois nas diferentes entoações dadas na expressão da palavra, conseguia-se diferenciar se ela realmente queria exprimir o sentido de negação atribuído ao estereótipo. Caldas (2000) refere que a prosódia do discurso pode exprimir o estado de humor e intenções comunicativas, como a forma interrogativa e o estereótipo que substitui todo o discurso com diferentes entoações e acompanhado de comunicação não-verbal, permite muitas vezes aos utentes fazerem-se entender.

Na compreensão auditiva existem níveis de descodificação que são avaliados para averiguar a integridade desta função: o fonológico, fazendo variar a constituição das palavras e avaliar o impacto que isso pode ter na compreensão; o léxico/semântico, em que se faz o estudo da compreensão dos nomes dos objetos e ações; e o nível sintático, que se estuda por meio da compreensão das frases, que divide os utentes em dois grupos (os que compreendem e os que não compreendem) (Caldas, 2000). Na avaliação deste parâmetro utilizei o nível de descodificação léxico/semântico, pedindo à pessoa para executar uma ação simples, como fechar os olhos, por exemplo. Apenas dois dos quatro utentes apresentavam na avaliação inicial, diminuição da compreensão.

O criar ambientes sem ruídos, o limitar a frequência da comunicação estimulada, o cessar a comunicação quando revelavam cansaço, o falar devagar e usar explicações e/ou instruções pequenas e simples, o recurso aos gestos (Hoeman, 2011), revelaram-se eficazes no aumento da compreensão destes dois utentes, refletindo-se na sua maior participação nas atividades desenvolvidas.

Uma das utentes apesar de apresentar como diagnóstico, afasia global em que a compreensão é classificada como perturbada (Caldas, 2000), na avaliação inicial que efetuei, esta dimensão apresentava-se normal. Parece-me que este facto se deve a um fenómeno que Caldas (2000) designa como *diasquisis*, que corresponde à disfunção de uma determinada região do cérebro que, embora estando integra, se encontra funcionalmente bloqueada por ausência de informação proveniente de áreas que foram lesadas.

Meinzer et al. (2004) referem que a recuperação espontânea da linguagem envolve dois mecanismos: a regressão da *diasquisis*, em que acontece a diminuição da função das áreas conectadas com o tecido cerebral lesado, as quais bloqueavam

o processamento da linguagem; a reorganização da rede neuronal envolvida no processo da linguagem. Parece-me que este fenómeno promove o otimismo em relação à reabilitação da afasia como incapacidade, como pude comprovar com a utente acima referida, que com este facto conseguiu uma saudável transição saúde-doença. Na fase aguda alguns quadros apresentam-se como afasia global, vindo ao longo de alguns dias a modificar-se (Caldas, 2000). Hoeman (2011, p. 538) acrescenta que “recupera-se mais rápida e completamente a compreensão do que a expressão”.

Na avaliação da capacidade de nomeação³¹ quando se pede ao utente para fixar o olhar no objeto, devem-se despistar defeitos de campo visual que impeçam que a informação recolhida pela retina chegue ao córtex occipital onde esta é processada, e despistar o défice de atenção (Caldas, 2000). A minha experiência na avaliação da capacidade de nomeação corrobora Caldas (2000, p. 172) quando diz que “todos os casos de lesão hemisférica esquerda com afasia, tem defeitos de nomeação”. Na avaliação inicial, os quatro utentes apresentavam defeitos de nomeação, tão bem como a incapacidade de repetição de palavras. Caldas (2000) refere que na repetição de palavras para efeitos de classificação, basta considerar-se a divisão entre o ser e o não ser capaz, de repetir corretamente as palavras.

Antes de proceder à avaliação da capacidade de leitura e escrita³², o enfermeiro deve saber junto da família, se a pessoa é analfabeta ou utiliza óculos para o fazer (Branco & Guerreiro, 2011). Dos quatro utentes, duas apresentavam mantida a capacidade de leitura e uma capacidade de escrita. Dois dos utentes quando estimulados a ler, mesmo palavras simples em letra maiúscula, demonstraram incapacidade de reconhecer o código escrito. O enfermeiro deve escrever com letra maiúscula e legível, algumas palavras e pedir à pessoa que verbalize ou indique onde está escrito cada uma delas (Branco & Guerreiro, 2011).

³¹ No processo cerebral que consiste na capacidade de dar o nome a um objeto, a primeira operação é a do seu reconhecimento visual pela sua inspeção direta (quando do objeto real se trata), ou através de descodificação de uma figura. Seguidamente o objeto é percecionado, tendo em conta as suas características e é descodificada a imagem retiniana evocando as memórias prévias, a memória do campo semântico e memória lexical, que posteriormente é evocada através da codificação fonética e articulação oral. Na repetição de palavras o processo é semelhante, com a exceção de que em vez do reconhecimento visual do objeto, é efetuado reconhecimento auditivo da palavra que é repetida (Caldas, 2000).

³² Na avaliação da capacidade de leitura o enfermeiro deve escrever numa folha de papel, algumas palavras em letra maiúscula e legível e pedir à pessoa que verbalize onde está escrito cada uma das palavras. E na avaliação da capacidade de escrita, pedir à pessoa que escreva o seu nome (Branco & Guerreiro, 2011).

Todos os cuidados de reabilitação à pessoa e família com AVC, em situação de afasia, por mim implementados como estudante do 4.º CMER, na facilitação da comunicação, basearam-se nas seguintes premissas: providenciar um ambiente calmo, sem ruídos; captar a atenção do utente no momento da comunicação; usar tópicos de comunicação espontâneos que fossem do interesse do utente ou de importância imediata para este; adiar a comunicação se o utente estava cansado ou aborrecido; aguardar e não interromper a comunicação, dando tempo ao utente para processar a informação; encorajar todas as tentativas de verbalização, mesmo que o utente usasse palavras inapropriadas; falar devagar e pausadamente; não usar tom de voz alto na altura em que o utente não compreendia; repetir questões simples e diretas as vezes necessárias, que permitissem a resposta por uma palavra ou pequenas frases; pedir para repetir palavras; encorajar o uso de gestos e quadros de comunicação com imagens em conjunto e ao longo das frases, em casos de não ser possível o uso de comunicação verbal; demonstrar ao utente com ações físicas e verbalizações, quando este se fazia compreender; assumir alguma responsabilidade quando a comunicação não era eficaz; permitir erros e corrigir o utente quando claramente apropriado (Hoeman, 2011; Easton, 1999).

O défice de atenção³³ de um dos utentes com AVC em situação de afasia, dificultou a avaliação inicial da capacidade de compreensão, nomeação e repetição de palavras, o que tornou prioritário, a implementação de atividades que diminuíssem esta incapacidade, pois parece-me que a pessoa com dificuldades de atenção em qualquer atividade, não consegue progredir no programa de reabilitação. “Antes de iniciar a reeducação da linguagem, é fundamental que o enfermeiro obtenha a atenção da pessoa e desperte nela sentimentos de confiança e desejo de colaboração” (Branco & Guerreiro, 2011). As intervenções neste sentido, basearam-se na Terapia de Orientação para a Realidade (TOR), que apesar de ter como objetivo melhorar a memória a curto prazo e reduzir a desorientação (Menoita, 2012), revelou-se eficaz no aumento de atenção do utente.

Um dos principais exercícios da TOR consistem em pedir à pessoa para localizar objetos e/ou locais importantes do ambiente (Menoita, 2012). Após três dias

³³ Menoita (2012, p. 43) define a atenção como “uma dimensão da consciência que designa a capacidade para manter o foco numa atividade.”

a implementar os exercícios durante trinta minutos, pedindo ao utente que localizasse os seus objetos pessoais e as fotografias dos elementos da sua família dispostas na mesa-de-cabeceira, o seu défice de atenção diminuiu. Estes resultados foram refletidos pelo aumento da participação do utente nas atividades do programa de reabilitação e indicam o progresso do processo de transição saúde-doença, tendo em conta o aumento de interação do utente com as intervenções por mim desenvolvidas.

Concomitantemente, quando a sua atenção aumentou, aproveitei esta atividade para treinar a nomeação, que se revelou ser a componente da linguagem, em que o utente apresentava maior dificuldade. Além de identificar os objetos, pedi ao utente que os nomeasse. Na avaliação final da linguagem, pude verificar que a componente da nomeação melhorou, pois o utente inicialmente não conseguia nomear qualquer objeto e após este treino, passou a nomear pelo menos quatro. No entanto, percebia-se que com outros objetos que acabava por não conseguir nomear, reconhecia a sua funcionalidade fazendo o gesto, como por exemplo o de escrever, quando de uma caneta se tratava. Parece-me que este fenómeno se relaciona com o que Caldas (2000) referiu como o fazer a descodificação semântica, sem conseguir o acesso ao léxico.

As intervenções de enfermagem de reabilitação desenvolvidas, não visaram somente a diminuição da afasia como incapacidade, mas também a capacitação da pessoa e família com estratégias comunicacionais eficazes, no sentido das dificuldades de linguagem não significarem um obstáculo no seu ambiente fora do contexto hospitalar, promovendo assim uma transição saúde-doença saudável. Para isso, julguei ser importante conhecer as características globais da pessoa. As intervenções da enfermagem de reabilitação no utente com défice de comunicação dependem das suas necessidades particulares (Hoeman, 2011).

Durante a reeducação funcional da linguagem verbal, associei o recurso à comunicação não-verbal, estimulando os utentes a usar gestos e imagens que representassem objetos, ações ou emoções. Para a pessoa que não consegue formar linguagem verbal ou escrita, utiliza-se a comunicação alternativa e aumentativa, definida como qualquer modo ou canal de comunicação que substitui ou apoia os sistemas de discurso e/ou escrita e incluem gestos, linguagem gestual, quadros de imagens ou palavras, quadros alfabéticos e sistemas de discurso sintetizado ou

digitalizado. Quando a afasia está presente, os quadros de comunicação devem usar imagens de objetos, pessoas, necessidades, ações, caras com expressões de humor (Hoeman, 2011).

Neste sentido, foi-me exposta a dificuldade comunicacional entre a família e um dos utentes em situação de afasia. Recorri a sessões de educação para a saúde, no sentido de capacitar os membros da família com as estratégias de comunicação alternativa. Os resultados desta intervenção revelaram-se eficazes, pois pude observar a comunicação eficaz entre o utente e família, que passaram a desenvolver este tipo de comunicação em conjunto, refletindo-se numa relação harmoniosa e no seu bem-estar. A classificação da comunicação eficaz entre eles baseou-se no facto de que antes da intervenção, havia uma barreira comunicacional entre o utente e família, e quando passaram a utilizar a comunicação alternativa e aumentativa, como os gestos e o recurso a quadros de imagens, conseguiam compreender e satisfazer as necessidades que o utente transmitia por estes meios.

Com esta experiência, pude desenvolver competências específicas do EEER no âmbito da reeducação funcional cognitiva, nomeadamente da linguagem, na capacitação da pessoa com restrição da participação e sua família e na maximização da capacidade comunicacional da pessoa. A informação, a instrução e o treino à família/cuidador são um complemento à intervenção terapêutica e têm como objetivo diminuir a carga psicológica da família/cuidador e melhorar a qualidade de vida da pessoa em situação de afasia, dando-lhe oportunidade de sociabilização (Branco & Guerreiro, 2011).

Estas intervenções refletiram resultados eficazes no complemento ou alternativa à linguagem verbal, nos quatro utentes com AVC em situação de afasia e na sua família, pois pude verificar que na avaliação final usavam as estratégias de comunicação aumentativa eficazmente, sem necessidade de estímulo ou correção. “A linguagem gestual revela-se eficaz em pessoas com compreensão comprometida” (Caldas, 2000, p. 151). A utilização destas intervenções teve como principal objetivo o treino do utente na utilização de alternativas comunicacionais, que lhe permitissem a adaptação à sua situação de afasia no seu contexto social e adquirissem habilidades, o que Meleis et al. (2000) designam por mestria, que lhe permitissem a manutenção da eficácia do processo de transição, reduzindo as potenciais

desvantagens decorrentes desta incapacidade, aquando da reintegração na comunidade.

Ainda neste contexto, outra intervenção que permitiu a diminuição da desvantagem relacionada com a situação de afasia, foi o treino da escrita. Tendo em consideração a plegia do braço direito, apesar de a utente ser dextra, foi importante o treino intensivo da escrita com a mão esquerda.

Os resultados na reeducação da linguagem verbal escrita revelaram-se eficazes, pois inicialmente a utente conseguia transcrever por cópia o seu nome próprio e com o desenvolvimento desta atividade, passou a conseguir escrever espontaneamente o seu nome completo. Tendo em consideração as necessidades biopsicossociais da utente, pois era profissionalmente ativa antes da instalação da doença, este treino permitiu-lhe a mestria na capacidade de assinar o seu nome, diminuindo assim a desvantagem decorrente das suas alterações da linguagem, permitindo que ela fosse autónoma em situações que exigissem a sua assinatura. No final incentivava-a a ler o seu nome em voz alta, que teve sucesso ao fim de um mês de internamento. Segundo Poslawsky, Schuurmans, Lindeman e Hafsteinsdóttir (2010) a investigação revela intervenções eficazes nas terapias da fala e linguagem aplicadas à pessoa em situação de afasia, que os enfermeiros podem aplicar na prática clínica, tais como programas de leitura oral.

Esta experiência corrobora o que é dito por Beeson, Rising e Volk (2003) em que a escrita se aproxima da especificidade da linguagem verbal, portanto é um objetivo apropriado no tratamento da afasia. O tratamento pela escrita envolve o copiar repetidamente palavras alvo e seguidamente repeti-las. Os resultados positivos são demonstrados pela melhoria da ortografia, na realização de repetidas cópias, em apenas uma sessão deste tratamento. Os resultados positivos obtidos com esta utente no treino da escrita, poderá facilitar-lhe a reinserção social e profissional, conduzindo a transições situacionais saudáveis através de novas habilidades desenvolvidas.

Nesta mesma utente, cuja afasia era de tal forma incapacitante que a única palavra que conseguia expressar, correspondia ao estereótipo “não”, o Método de Entoação Melódica (MEM) revelou-se uma estratégia com impacto positivo na diminuição da incapacidade de linguagem verbal. O hemisfério direito participa na programação dos aspetos melódicos do discurso (Caldas, 2000) e o MEM funciona

com base em que quando as lesões das áreas da linguagem do hemisfério cerebral esquerdo são limitadas, o recrutamento das estruturas do hemisfério direito, que se encontra intacto, assistem na facilitação do processo da linguagem, até as estruturas do hemisfério esquerdo recuperarem a sua função. Parece que foi o sucedido com esta utente, pois os resultados do treino com o MEM eram imediatos, pois estimulando-a a cantar uma música ela conseguia fazê-lo, exprimindo várias palavras.

Se a lesão for severa ou total, o hemisfério direito tenta assumir o controlo dessas funções (Conklyn, Novak, Boissy, Bethoux, & Chemali, 2012). Leal, Fonseca e Farrajota (2002) corroboram quando dizem que é possível desenvolver uma capacidade de linguagem verbal oral funcional se for ensinada em associação com o ritmo e a melodia. As frases são cantadas ou entoadas e posteriormente ditas.

Incluí nestas atividades específicas, o treino do vocabulário com as duas utentes que mantinham a capacidade de leitura. Fawcus (2000) refere que o treino do vocabulário, consiste em mostrar um objeto à pessoa e a seguir mostrar cinco palavras escritas, em que uma delas corresponde ao objeto e pedir à pessoa que faça a correspondência tanto do significado como do som da palavra e leia em voz alta.

Todas as atividades de reeducação funcional da linguagem ou o desenvolvimento de estratégias comunicacionais foram realizadas com os utentes pelo menos durante uma hora por dia seguida ou repartida, tendo em conta outras necessidades e o cansaço da pessoa. Depois da avaliação e identificação da afasia na fase aguda do AVC, é importante a terapia intensiva da fala e linguagem, pelo menos uma hora por dia (Poslawsky et al. 2010).

Com o objetivo de dar resposta a todas os problemas da pessoa, foi treinada a articulação com todos os utentes. Tendo em conta que decorrente do AVC possa haver incapacidades motoras faciais que dificultem esta componente, nomeadamente na afasia de Broca, o enfermeiro deve trabalhar igualmente a articulação da linguagem. É importante a realização de exercícios labiais, linguais e de expressão facial tais como: comprimir os lábios com força, sorrir, cerrar os dentes, franzir a testa, comprimir as pálpebras com força, colocar a língua de fora, tocar com a língua na face interna da cavidade oral direita e esquerda alternadamente, tocar com a língua no palato (Branco & Guerreiro, 2011).

Estas atividades desenvolvidas durante o EC com os utentes com AVC em situação de afasia e suas famílias, analisadas e refletidas neste relatório, permitiram-me aprofundar conhecimentos de enfermagem de reabilitação e desenvolver as competências comuns (OE, 2010a) e específicas do EEER (OE, 2010b), que puderam dar resposta às suas necessidades globais; reduzir as suas incapacidades e desvantagens decorrentes do AVC, nomeadamente as relacionadas com a afasia e compreender de que forma contribuíram para um processo de transição eficaz. Este percurso aqui analisado e sintetizado permitiu-me atingir com sucesso, objetivos a que me propus no projeto de formação (O2, O4, O5 e O6; Apêndice II).

3. AVALIAÇÃO DO PERCURSO

Na implementação do projeto de formação surgiram mais pontos fortes que fracos. Tendo em conta a elevada prevalência de pessoas com AVC em situação de afasia, internadas num dos locais do EC (CMR), pude desenvolver as atividades planeadas com relativa facilidade e atingir os objetivos propostos, pela avaliação dos resultados positivos obtidos.

O principal intuito na capacitação destes utentes e suas famílias, além de diminuir as suas incapacidades, nomeadamente a afasia, foi principalmente reduzir-lhe a desvantagem recorrente. A OE (2011a, p.8) define como uma das intervenções que reflete qualidade na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação “a promoção de medidas que visem prevenir a deficiência ou minimizar o seu impacto”.

Especificamente na reeducação funcional da linguagem, todas as atividades desenvolvidas, tais como treino da nomeação e repetição das palavras, a comunicação alternativa, com recurso aos gestos e quadros de imagem, o treino de vocabulário e escrita e o MEM, revelaram resultados positivos na eficácia da comunicação destes utentes tendo em conta as suas características e necessidades específicas, no contexto de internamento no CMR.

Cinco meses após o término do EC, realizei contato telefónico aos familiares dos quatro utentes com AVC em situação de afasia, com os quais desenvolvi estas estratégias comunicacionais, obtendo resposta de dois deles. Ambos continuaram a reeducação funcional da linguagem e a utilizar estas estratégias, em que um deles com o treino de vocabulário, nomeação e repetição de palavras conseguiu até ao momento, o acesso a um vocabulário mais alargado, conseguindo formular frases simples. Recuperou a capacidade de leitura e apesar de não ter recuperado a escrita, consegue comunicar com as pessoas significativas através do computador e redes sociais utilizando símbolos. Leal et al. (2002) defendem a utilização de computadores por pessoas em situação de afasia, como suporte de métodos alternativos/aumentativos de comunicação e estimulação de capacidades de linguagem residuais. O outro utente mantém dificuldades na expressão verbal, mas consegue uma comunicação eficaz através da utilização de gestos e quadros de figuras.

Constatei que apesar destes utentes manterem a afasia como incapacidade, e a funcionalidade da linguagem alterada, conseguiram desenvolver estas estratégias comunicacionais no seu ambiente na comunidade, que possibilitaram a diminuição de obstáculos e desvantagens na sua participação social. Conseguiram a mestria no lidar com a sua incapacidade, revelando um processo de transição saúde-doença saudável. A OE (2010b) define como competência específica do EEER a capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação, para a reinserção e exercício da cidadania.

No sentido de abordagem holística da pessoa e de avaliar o impacto biopsicossocial da afasia, apesar de não estar planeado nas intervenções do projeto de formação, senti necessidade durante o EC no CMR de realizar avaliação funcional da pessoa com afasia. Leal (2006) refere que é inadequado identificar a afasia como simplesmente um problema neurológico ou um defeito da linguagem, pois este problema conduz a um inevitável impacto psicossocial que provoca diferentes graus de defeitos comunicacionais e dificuldades na sua reinserção social e laboral, dependendo do indivíduo em que tenha ocorrido. A avaliação funcional da linguagem visa medir a capacidade do indivíduo para realizar tarefas do dia-a-dia, apesar do defeito que tenha e debruça-se sobretudo nos aspetos pragmáticos da comunicação.

Estando consciente desta importância, ponderei a aplicação de escalas de funcionalidade para pessoas em situação de afasia. Tendo em conta que estas avaliam domínios da comunicação que interferem na interação social, na vida em casa e no trabalho (Leal, 2006), e que o ambiente hospitalar é artificial para o utente, senti constrangimentos na sua aplicação durante o EC, como a insuficiência de dados para uma avaliação rigorosa. Aponto este como o ponto fraco durante todo o percurso de EC. No entanto, poderei daqui para o futuro no meu contexto profissional que é desenvolvido na comunidade, aplicar escalas que sejam adequadas às características da população, que visem avaliar a funcionalidade da pessoa em situação de afasia. Leal et al. (2002) defendem que uniformizar comportamentos medíveis por um único instrumento é uma tarefa difícil; a pessoa em situação de afasia deve ter um papel central na decisão clínica, acerca do seu caso e o profissional de saúde deve explorar com esta novos caminhos de conviver com uma capacidade de linguagem restrita. Assim, poderá evoluir no seu processo de transição saúde-doença.

Assim, como sugestões e perspetivas de abordagem desta problemática, julgo ser essencial que o EEER compreenda o que realmente o utente com AVC em situação de afasia considera prioritário e importante no seu processo de reabilitação. Os guias e manuais de procedimentos de enfermagem de reabilitação são de extrema importância, para uniformizar, sistematizar e conferir rigor científico aos cuidados prestados. No entanto, penso que com a sua aplicação taxativa corre-se o risco de não se dar resposta a todas as necessidades da pessoa, pois esta é única e apresenta características únicas.

As pessoas com AVC em situação de afasia, apesar de apresentarem sinais, sintomas e incapacidades similares, decorrentes da doença, compreendem dimensões biopsicossociais, condições pessoais, da sociedade e da comunidade que lhe conferem necessidades de saúde no âmbito da enfermagem de reabilitação complexas e específicas. Penso que para o EEER conseguir dar resposta a estas necessidades, tem que conhecer todas as dimensões da pessoa e possibilitar que esta participe na tomada de decisão do programa de reabilitação.

Julgo que a abordagem desta problemática não só focada na afasia como incapacidade, mas numa perspetiva centrada na pessoa detentora de outras capacidades comunicacionais, que permitam a sua participação na sociedade, conduz o programa de enfermagem de reabilitação ao sucesso.

4. CONCLUSÕES E PROJETOS FUTUROS

A pessoa com AVC é um ser único que apresenta características específicas, que a diferencia de todos os outros indivíduos. Surge com diferentes incapacidades para além da afasia, por isso é relevante avaliar, planejar e implementar intervenções que deem resposta, não só às suas necessidades de saúde, mas também que supram as suas necessidades biopsicossociais.

Neste sentido importa o envolvimento de profissionais de saúde de várias disciplinas num contexto de interdisciplinaridade, para uma adequada gestão de serviços de saúde, em que o utente e sua família são o centro do processo de cuidados e todas as intervenções vão ao encontro do que realmente é significativo para estes. Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEER persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes (OE, 2011a).

Durante este percurso académico, desde o planeamento, desenvolvimento até à análise reflexiva das atividades desenvolvidas com a pessoa com alterações da linguagem, constatei que nem sempre se consegue reduzir a afasia como incapacidade. Preocupe-me em conhecer as características da vida da pessoa, tais como a sua atividade profissional e hábitos de lazer, correspondentes ao período que antecedeu o acontecimento crítico que deu origem ao processo de transição saúde-doença. Isto no sentido de compreender quais as intervenções de enfermagem de reabilitação, que poderiam contribuir para a redução das desvantagens comunicacionais, que se poderiam refletir negativamente no processo de transições situacionais, na altura da reintegração da pessoa na sociedade. O EEER tem uma função importante neste processo, pois a enfermagem de reabilitação tem como missão o diagnóstico e a intervenção precoce, a maximização da funcionalidade, evitando as incapacidades ou minimizando-as (OE, 2011a). A minha prioridade foi intervir nas consequências da afasia, para dar resposta às necessidades biopsicossociais e espirituais da pessoa.

O envolvimento da família permite a recolha de informações que beneficiem a avaliação global e pormenorizada do utente e conhecer as condições pessoais, da sociedade e comunidade que possam facilitar ou inibir o processo de transição. Além disso, os familiares são elementos importantes na continuidade de cuidados, pois no

regresso a casa do utente, são eles quem vão participar nos cuidados e na satisfação das suas necessidades. Se existem barreiras comunicacionais entre o utente em situação de afasia e os seus familiares, o processo de transição estagna e a continuidade dos cuidados poderá ficar condenada ao fracasso. Cabe ao EEER capacitar os familiares e ajudá-los na reformulação do seu novo papel de cuidador, através da educação para a saúde.

Para o conhecimento das características globais da pessoa numa abordagem holística e centrada no cliente, julgo ter uma posição privilegiada a exercer funções como enfermeira na comunidade, pois o acompanhamento dos utentes é realizado num processo vitalício ao longo do seu ciclo vital e em todas as dimensões da sua vida. A enfermeira de reabilitação na comunidade desempenha um papel chave numa reintegração comunitária bem-sucedida e prestam cuidados diretos a utentes em situações cada vez mais agudas em suas casas. A prática na comunidade capacita as enfermeiras de reabilitação para expandirem a sua base de conhecimentos, tentar métodos novos e criativos para atingir objetivos e serem flexíveis, porque cada comunidade é única e dinâmica. A reabilitação domiciliária promove a autonomia, a independência e a reintegração na comunidade (Hoeman, 2011).

Neste sentido, a prestação de cuidados de reabilitação na comunidade permitir-me-á uma maior abrangência no conhecimento dos utentes e suas condições pessoais e ambientais, para adequar a cada caso as melhores intervenções. Especificamente na pessoa e família com AVC em situação de afasia, no meu ver existe espaço na comunidade para aplicar instrumentos de avaliação funcional da linguagem, que permitem planejar cuidados de enfermagem de reabilitação que deem resposta tanto aos defeitos comunicacionais como a outras necessidades da pessoa como ser biopsicossocial.

Posto isto, acredito que a enfermagem de reabilitação na comunidade promove a investigação científica, dado que existem utentes com diversas características e necessidades. Em relação à reeducação funcional da linguagem, poderá chegar-se a novas fundamentações e novas estratégias comunicacionais, através de trabalhos de investigação junto das pessoas na comunidade, no seu ambiente natural.

Assim, a equipa de enfermagem de reabilitação do local onde exerço funções, tendo conhecimento deste meu percurso académico, solicitou a minha colaboração

numa perspetiva futura a curto prazo, na colaboração da criação de um instrumento de avaliação e de um manual de cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com alterações cognitivas, onde estão incluídas as que se encontram em situação de afasia. Pretendo realizar uma ação de formação como formadora na instituição, que está agendada para novembro de 2014, em que o tema será “Estratégias de comunicação com utentes com alterações da linguagem”, em que serão incluídas todas as pessoas com dificuldades comunicacionais, além da pessoa com AVC em situação de afasia. O público-alvo desta formação será toda a equipa de enfermagem e o seu principal objetivo será sensibilizar e munir os profissionais com estratégias fundamentadas, nesta área de prestação de cuidados.

Os enfermeiros, de forma errada, poderão ver o défice de linguagem como estando unicamente dentro do campo do terapeuta da fala e fora das competências de avaliação da enfermagem (Hoeman, 2011). Julgo que tais atitudes poderão comprometer a correta avaliação e a ausência de implementação de intervenções adequadas, pois o contato íntimo e contínuo com a pessoa, tornam valiosa a contribuição da enfermagem de reabilitação para a avaliação. “A melhor avaliação ocorre na observação dos doentes em situações naturais de comunicação a conversar com um parceiro, que pode ser a enfermeira” (Hoeman, 2011, p. 538).

Ainda no contexto de projetos futuros, foi demonstrado interesse por parte da EEER que orientou o meu EC no Serviço de Pneumologia, em que eu participasse na criação de um projeto de parceria, no âmbito da reeducação funcional cognitiva, entre o Hospital e a Unidade de Cuidados na Comunidade onde exerço a minha atividade profissional, tendo em conta que ambas as unidades de saúde servem a mesma população. Prevê-se o desenvolvimento deste projeto a médio ou longo prazo, relacionado com a disponibilidade para reunir ambas as equipas de enfermagem de reabilitação.

No final deste percurso, parece-me que a enfermagem de reabilitação visa não só que a pessoa com AVC em situação de afasia, desenvolva um processo de transição saudável, adaptando-se a novas estratégias de comunicação, mas também que adquira capacidade de resiliência para transições do mesmo tipo que possam surgir no futuro. Para Meleis (2010) a enfermagem pretende que o cliente surja, depois de ser submetido a cuidados, não só mais confortável e com melhor capacidade para

lidar com a sua atual doença, mas também capacitá-lo para lidar com transições futuras, com o intuito de promover a saúde.

Este trabalho permitiu-me aprofundar e sistematizar conhecimentos de enfermagem de reabilitação, não só em relação à maximização da funcionalidade da linguagem da pessoa em situação de afasia, mas também na reeducação de toda a sua funcionalidade. Possibilitou-me compreender a importância da abordagem centrada na pessoa num contexto holístico, para conhecer todas as suas dimensões e otimizar os cuidados de enfermagem de reabilitação que facilitassem o processo de transição que está a ser vivenciado. Assim, consegui desenvolver as competências comuns (OE, 2010a) e específicas do EEER (OE, 2010b), que me permitirão desenvolver cuidados de excelência nesta área de especialização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bagley, P., Hudson, M., Forster, A., Smith, J. & Young, J. (2005). A randomized trial evaluation of the Oswestry standing frame for patients after stroke. *Clinical Rehabilitation*, 19, 354-364. Retrieved from <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=91b57afe-1afe-4b62-96a5-92e48dee8d88%40sessionmgr198&hid=119>
- Baumann, M., Couffignal, S., Le Bihan, E., & Chau, N. (2012). Life satisfaction two-years after stroke onset: the effects of gender, sex occupational status, memory function and quality of life among stroke patients (Newsqol) and their family caregivers (Whoqol-bref) in Luxembourg. *BMC neurology*, 12(105), 1-11. doi:10.1186/1471-2377-12-105
- Beeson, P. M., Rising, K., & Volk, J. (2003). Writing treatment for severe aphasia: who benefits? *Journal of speech, language, and hearing research: JSLHR*, 46(5), 1038–1060. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14575342>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Branco, T. & Guerreiro, D. (2011). A pessoa afásica e a reabilitação. *Enformação*, (15), 10-15.
- Bronken, B. A., Kirkevold, M., Martinsen, R., Wyller, T. B., & Kvigne, K. (2012). Psychosocial well-being in persons with aphasia participating in a nursing intervention after stroke. *Nursing research and practice*, 2012, 1-14. doi:10.1155/2012/568242
- Carvalhais, M. D. (2010). *Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a idosos dependentes*. (Tese de Doutoramento). Universidade de Aveiro. Disponível no RCAAP.
- Caldas, A. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall: O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Amadora: McGraw-Hill.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel.

- Conklyn, D., Novak, E., Boissy, A., Bethoux, F. & Chemali, K. (2012). The effects of modified melodic intonation therapy on nonfluent aphasia: A pilot study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*: 55, 1463–1471. doi:10.1044/1092-4388(2012/11-0105)b
- Conselho Internacional de Enfermeiras (1999). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)*. (2.^a ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN: 972-98149-5-3.
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória. Conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-86-8.
- Daniels, N., Pinnington, L., Clift, M., Gopsill, C., Armstrong, J. & Ward, C. (2005). A review of standing frame features and their impact on user acceptability. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 12(8), 363-368. Retrieved from <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=91b57afe-1afe-4b62-96a5-92e48dee8d88%40sessionmgr198&hid=119>
- Direcção-Geral da Saúde. (2010) – *Acidente Vascular Cerebral - Itinerários clínicos*. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-661-6.
- Easton, L. E. (1999). *Gerontological rehabilitation nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Fawcus, R. (2000). *Stroke rehabilitation - A collaborative approach*. Iowa: Blackwell Publishing.
- Frampton, S., Guastello, S., Brady, C., Hale, M., Horowitz, S., Smith, S., & Stone, S. (2008). *Patient centered care. Improvement guide*. Derby: Planetree.
- Gândara, M. (1997). O conceito de pessoa - Um breve trajecto filosófico. *Servir*, 45(5), 226-228.
- Gândara, M. (Coordenador da Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação) (2013). *Estágio com relatório/dissertação. Documento orientador*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Godinho, N. (2013) – *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: Norma APA*. Lisboa: Centro de documentação.

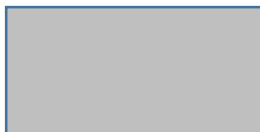
- Guerreiro, A. (2007). Comunicação aumentativa e alternativa: teorias ampliativas do paradigma comunicacional para a inclusão e a qualidade de vida. *In Comunicação e Cidadania: actas do 5.º Congresso da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação*, Braga, 6-8 Set. 2007 (pp 1149-1157).
- Gurr, B., & Ibbitson, J. (2012). How does cognitive ability affect stroke rehabilitation outcomes?. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 19(8), 458–463.
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação - processo e aplicação*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação. Prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4.ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Jasper, M. (2003). *Beginning reflective practice*. Cheltenham: Lynne Wigen. ISBN: 0 7487 7117 4.
- Jayadevappa, R. & Chhatre, S. (2011). Patient centered care – A conceptual model and review of the state of the art. *The Open Health Services and Policy Journal*, 4, 15-25.
- Johnstone, M. (1979). *Restauração da função motora no paciente hemiplégico*. São Paulo: Manole.
- Leal, G, Fonseca, J. & Farrajota, L. (2002). Recuperação e reabilitação da afasia. *Psicologia*, 16(1), 157-175.
- Leal, G. (2006). Avaliação funcional da pessoa com afasia: Construção de uma escala. *Re(habilitar) – Revista da ESSA*, 2006 (3), 7-24.
- Lobo, P. (2007). *Cuidados de saúde diferenciados: aplicação da gestão por processos*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro. Disponível no RCAAP.
- Lourenço, C. & Mendes, R. (2008). Afasia. *Nursing*, 232, 6-12.

- Meinzer, M., Elbert, T., Wienbruch, C., Djundja, D., Barthel, G., & Rockstroh, B. (2004). Intensive language training enhances brain plasticity in chronic aphasia. *BMC Biology*, 2(20), 1-9.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Karen, S. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Menoita, E.C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC. Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-78-3.
- Mineiro, A., Caldas, A. C., Rodrigues, I., & Leal, G. (2007). Revisitando as afasias na PALPA-P. *Cadernos de Saúde*, 1 (2), 135–145.
- Morin, E. (2003). *A necessidade de um pensamento complexo. Representação e complexidade*. Rio de Janeiro: Garamond, 69-77. Acedido 22-04-2014. Disponível em <http://www.uesb.br/labtece/artigos/Da%20Necessidade%20de%20um%20Pensamento%20Complexo.pdf>
- Norma n.º 054/2011 de 27 de dezembro (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. Direcção-Geral da Saúde (27-12-2011) 1-19.
- Opara, J. & Jaracz, K. (2010). Quality of life of post-stroke patients and their caregivers. *Journal of medicine and life*, 3 (3), 216–220. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3018998&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vértebro-medular*. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-96021-2-0.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Organização Mundial de Saúde (2004). *CIF: Classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Poslawsky, I., Schuurmans, M., Lindeman, E., & Hafsteinsdóttir, T. (2010). A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 17-32.
- Queirós, P., Cardoso, F., & Margato, C. (2002). *Técnicas de reabilitação I*. (3.^a ed.). Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485-25-5.
- Reynolds, F. (2005). *Communication and clinical effectiveness in rehabilitation*. Edinburgh: Elsevier.
- Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (2001). *Anatomia & fisiologia*. (3.^a ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Sharoff, L. (2008). Holistic nursing and medical-surgical nursing: a natural integration. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 17(3), 206–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18686428>
- Wilson, R., Leonard, C., Rochon, E., & Mihailidis, A. (2013). Formal caregivers' perceptions of effective communication strategies while assisting residents with Alzheimer's disease during activities of daily living. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 36(4), 314–331.

ANEXOS

Anexo I – Monitorização de Resultados de Internamento no CMR



SERVIÇO DE REABILITAÇÃO DE ADULTOS

MONITORIZAÇÃO DE RESULTADOS DE INTERNAMENTO

Data da reunião de equipa: ____ / ____ / ____

Data da reunião de equipa: ____ / ____ / ____

Data da reunião de equipa: ____ / ____ / ____

MÉDICO	
SERVIÇO SOCIAL	
Pessoa de referência: _____	
Estado civil	<input type="checkbox"/> Solteiro/Viúvo <input type="checkbox"/> Casado/União de facto <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado
Habilitações literárias	<input type="checkbox"/> Analfabeto / sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> 4 anos <input type="checkbox"/> 6 anos <input type="checkbox"/> 9 anos <input type="checkbox"/> 12 anos <input type="checkbox"/> Ensino superior
Situação escolar / profissional	<input type="checkbox"/> Estudante / Formação profissional <input type="checkbox"/> Desempregado / Sem ocupação <input type="checkbox"/> Doméstica <input type="checkbox"/> Profissão: _____ <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Baixa doença <input type="checkbox"/> Reformado
Situação familiar	<input type="checkbox"/> Isolado <input type="checkbox"/> Agregados <input type="checkbox"/> Família / Suporte <input type="checkbox"/> Outros apoios
Situação habitacional	<input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Instituição <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Moradia <input type="checkbox"/> Andar <input type="checkbox"/> Sem barreiras <input type="checkbox"/> Com barreiras <input type="checkbox"/> interior <input type="checkbox"/> exterior ACESSOS: WC:
Estudo socio-económico para atribuição de produtos de apoio <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Intervenção realizada em estruturas da comunidade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Reintegração social	<input type="checkbox"/> DOMICILIO <input type="checkbox"/> Apoio família <input type="checkbox"/> Apoio domiciliário <input type="checkbox"/> Empregada <input type="checkbox"/> Centro de dia <input type="checkbox"/> CAO <input type="checkbox"/> LAR/INSTITUIÇÃO <input type="checkbox"/> UNIDADE DE SAÚDE <input type="checkbox"/> REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS
Reintegração profissional	<input type="checkbox"/> Mesma profissão <input type="checkbox"/> Reconversão profissional <input type="checkbox"/> Formação profissional / RVCC / OP <input type="checkbox"/> Outra:
Observações / evolução	
OBJECTIVOS	

TERAPIA OCUPACIONAL (continuação)													3
Sensibilidade postural	Postural (mantida / alterada)												
Sensibilidade superficial	Tátil (mantida / alterada)						Álgica (mantida / alterada)						
	Térmica (mantida / alterada)												
Alimentação		independente						ajuda parcial			ajuda total		
		c/ prod. apoio			s/ prod. apoio								
	comer												
	beber												
9 hole peg test	MSD												
	MSE												
Biometrics		preensão global						preensão fina			prono-supinação		
	MSD												
	MSE												
COTNAB													
ARAT													
<input type="checkbox"/> Lotca <input type="checkbox"/> Lotca G.	orientação						percep. visual						
	percepção espacial						práxis motora						
	org. visuo-motora						operações do pensamento						
	atenção/concentr.												
Posicionamento cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> concluído <input type="checkbox"/> em avaliação												
Desempenho ocupacional													
Colaboração													
Observações / evolução													
OBJECTIVOS													

FISIOTERAPIA										4	
Amplitudes Articulares	<input type="checkbox"/> anca D mantida / limitada E mantida / limitada				<input type="checkbox"/> joelho D mantida / limitada E mantida / limitada						
	<input type="checkbox"/> T-T D mantida / limitada E mantida / limitada				<input type="checkbox"/> dedos D mantida / limitada E mantida / limitada						
Tónus (EAM)	<input type="checkbox"/> anca D 0/1/1+/2/3/4				E 0/1/1+/2/3/4						
	<input type="checkbox"/> joelho D 0/1/1+/2/3/4				E 0/1/1+/2/3/4						
	<input type="checkbox"/> T-T D 0/1/1+/2/3/4				E 0/1/1+/2/3/4						
	<input type="checkbox"/> dedos D 0/1/1+/2/3/4				E 0/1/1+/2/3/4						
Movimentos activos	<input type="checkbox"/> anca D S/N E S/N				<input type="checkbox"/> joelho D S/N ES /N						
	<input type="checkbox"/> T-T D S/N E S/N				<input type="checkbox"/> dedos D S/N E S/N						
Sensibilidade postural	Postural: (mantida / alterada)										
Sensibilidade superficial	Táctil (mantida / alterada)					Álgica (mantida / alterada)					
	Térmica (mantida / alterada)										
Controlo postural											
Escala de Berg											
STREAM	MS										
	MI										
	Mob. básica										
FAC											
10 m walk test											
6' walk test											
Timed up & go test											
Qualidade do movimento											
Degraus	apoio de 2 pax						1 pax + apoio				
	aux. marcha + corrimão						corrimão				
	sem apoio						alternância				
Colaboração											
Observações / evolução											
OBJECTIVOS											

TERAPIA DA FALA		5
COMUNICAÇÃO	Caracterização	
	Compreensão	
	Expressão	
	<input type="checkbox"/> Escrita mantida / alterada	<input type="checkbox"/> Leitura mantida / alterada
	<input type="checkbox"/> Cálculo mantido / alterado	<input type="checkbox"/> Praxia B-F mantida / alterada
	DIAGNÓSTICO	
	Quociente afasia (QA)	Grau de afasia
	funcionalidade da comunicação	
	PCF	ASHAFACS
	Meio aumentativo S / N	
Fala mantida / alterada L / M / G	Caracterização	
	<input type="checkbox"/> Articulação M / A (L / M / G)	<input type="checkbox"/> Fonação M / A (L / M / G)
	<input type="checkbox"/> Coordenação M / A (L / M / G)	<input type="checkbox"/> Prosódia M / A (L / M / G)
	<input type="checkbox"/> Ritmo M / A (L / M / G)	
	DIAGNÓSTICO	
	Tipo	Grau
	MOFA	
	Meio aumentativo S / N	
	Deglutição mantida / alterada L / M / G	Caracterização
DIAGNÓSTICO		
Tipo		Grau
Estratégias		
Colaboração		
Observações / evolução		
OBJECTIVOS		

PSICOLOGIA		6
Cognição	<input type="checkbox"/> Memória (mantida / alterada) <input type="checkbox"/> Orientação (mantida / alterada) <input type="checkbox"/> Cálculo (mantido / alterado) <input type="checkbox"/> Gnosias (mantidas / alteradas)	<input type="checkbox"/> Atenção (mantida / alterada) <input type="checkbox"/> Funções executivas (M / A) <input type="checkbox"/> Praxias (mantidas / alteradas) <input type="checkbox"/> Cap. Visuo-espacial (M / A)
Estado emocional		
Comportamento		
Observações / evolução		
OBJECTIVOS		

OPO

PRODUTOS DE APOIO	
Possui	
Aguarda	
Propostas	

CONCLUSÃO / PLANO	
DATA VISITA CUIDADORES ÀS UNIDADES ____/____/____	
DATA PRÓXIMAS REUNIÕES ____/____/____ ____/____/____	
DATA DE ALTA ____/____/____	Assinatura: _____

Anexo II – Medida de Independência Funcional (MIF)

Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

APELIDO _____	NOME _____	IDADE _____	SEXO _____	P.U.nº _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
DIAGNÓSTICO _____						

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

NÍVEIS	7 Independência completa(em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada(dispositivo)	SEM AJUDA
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)	AJUDA

	SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	4M	12M	
	DATA	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
AUTO-CUIDADOS						
A. Alimentação		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. Higiene pessoal		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C. Banho		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D. Vestir metade superior		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E. Vestir metade inferior		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F. Utilização da sanita		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES						
G. Bexiga		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H. Intestino		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MOBILIDADE						
TRANSFERÊNCIAS						
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
J. Sanita		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
K. Banheira, Duche		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LOCOMOÇÃO						
L. Marcha/Cadeira de Rodas		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M. Escadas		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMUNICAÇÃO						
N. Compreensão		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
O. Expressão		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR						
P. Interacção social		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q. Resolução dos problemas		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
R. Memória		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOTA: Não deixe nenhum item em branco, se não testável marque 1

Instruções de aplicação da Escala:

NÍVEIS DE FUNÇÃO	Dependente - (com ajuda)				
	(é necessária outra pessoa para a supervisão ou ajuda física; sem esta, a actividade não se realiza)				
	DEPENDÊNCIA MODIFICADA - o sujeito realiza, pelo menos, 50% do esforço			DEPENDÊNCIA COMPLETA - o sujeito realiza <50% do esforço	
	5 SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO	4 AJUDA MÍNIMA	3 AJUDA MODERADA	2 AJUDA MÁXIMA	1 AJUDA TOTAL
	g) Só necessita controle, presença, sugestão ou encorajamento, sem contacto físico ou h) Ajudante prepara objectos necessários ou coloca prótese ou ortótese (ajuda técnica)	i) Contacto táctil Sujeito realiza >=75% do esforço ou das tarefas	j) Contacto táctil Sujeito realiza >= 50% <75% do esforço ou das tarefas	k) Sujeito realiza >= 25% < 50% do esforço ou das tarefas	l) Sujeito realiza < 25% do esforço ou das tarefas
AUTO-CUIDADOS	A ALIMENTAÇÃO	g) OU h) exº.: o ajudante abre recipiente, corta carne, barra manteiga, serve bebidas. i) ...	j) ...	k) ...	l) ou usa gastrostomia ou alimentação parentérica que não administra por si
	B HIGIENE PESSOAL	g) OU h) exº.: o ajudante coloca pasta na escova ou abre previamente produtos de maquilhagem i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	C BANHO	g) OU h) exº.: o ajudante prepara a água ou os utensílios de limpeza necessários i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	D LAVAR CORPO	g) OU h) exº.: o ajudante prepara o vestuário ou coloca ortótese ou ajuda técnica i) ...	j) ...	k) ...	l) ... ou não é vestido
	E VESTIR METADE SUP.	g) OU h) exº.: o ajudante prepara o vestuário ou coloca ortótese ou ajuda técnica i) ...	j) ...	k) ...	l) ... ou não é vestido
	F VESTIR METADE INF.	g) OU h) exº.: o ajudante prepara o vestuário ou coloca ortótese ou ajuda técnica i) ...	j) ...	k) ...	l) ... ou não é vestido
CONTROLO E ESFÉRNCIERES	G UTILIZAÇÃO DA SANITA	g) OU h) exº.: o ajudante aplica ajuda técnica ou abre embalagens. Ou necessita de ajuda para colocar protecção menstrual i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	H BEXIGA	g) OU h) exº.: o ajudante coloca ou esvazia ou tem acidentes de incontinência (<=1x/mês) i) ...	j) para manutenção de colector externo; ou acidente ocasional (<=1x/semana) i) ...	k) molha-se quase diária; deve usar fralda haja ou não sonda ou colector k) ...	l) molha-se quase diária; necessita sempre fralda haja ou não sonda ou colector l) ...
MOBILIDADE/TRANSPERÊNCIAS	I INTESTINO	g) OU h) exº.: o ajudante prepara equipamento para controle ou para manutenção de estoma; pode ter acidente ocasional (<=1x/mês) i) ...	j) usa supositório ou clister ou ajuda técnica; ou pode ter acidente ocasional (<=1x/sem.) j) ...	k) apesar da ajuda, está sujo quase diariamente haja ou não estoma. k) ...	l) apesar da ajuda, está sujo quase diária; necessita de fralda com ou sem estoma. l) ...
	J LEITO/CADEIRA DE RODAS (CR)	g) OU h) exº.: o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc. i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	K SANITA	g) OU h) exº.: o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc. i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
LOCOMOÇÃO	L BANHEIRA, DUCHE	g) OU h) exº.: o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc. i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	M MARCHE/ CAD. RODAS	5-Excepção: Sem Ajuda, deambula em casa, faz marcha, ou usa CR >=15m, c/ ou s/ auxiliar de marcha. 5-g) para percorrer >=45m (a fazer marcha ou com percorrer >=45m) i) -para percorrer >=45m	j) -para percorrer >=45m j) -para percorrer >=45m	k) -para percorrer >=15m. Necessita de ajuda de 1 só pessoa k) -para percorrer >=15m. Necessita de ajuda de 1 só pessoa	l) ou requer ajuda de 2 pessoas ou não faz marcha ou CR>=15m. l) ou precisa ajuda de 2 pessoas ou não sobe nem desce 4-6 degraus, ou necessita ser transportado
COMUNICAÇÃO	N ESCADAS	5-Excepção: Sem Ajuda: em casa, sobe e desce 4 a 6 degraus, com ou sem auxiliar de marcha ou ajuda técnica. 5- g) para subir e descer 12-14 degraus i) -para subir e descer 12-14 degraus	j) -para subir e descer 12-14 degraus j) -para subir e descer 12-14 degraus	k) -para subir e descer 4-6 degraus. Necessita de ajuda de 1 só pessoa k) -para subir e descer 4-6 degraus. Necessita de ajuda de 1 só pessoa	l) ou precisa ajuda de 2 pessoas ou não sobe nem desce 4-6 degraus, ou necessita ser transportado l) ou precisa ajuda de 2 pessoas ou não sobe nem desce 4-6 degraus, ou necessita ser transportado
	O COMPREENSÃO	«Compreende conversa ou texto de necessidades quotidianas básicas» >90% das vezes; precisa ajuda <10% das vezes (conversa lenta, repetições, acentuação, pausas, orientação visual/ gestual) «...» (ver atrás) em 75-90% das vezes	«...» (ver atrás) em 75-90% das vezes «...» (ver atrás) em 75-90% das vezes	«...» 25-49% das vezes; pode só compreender questões ou afirmações simples «...» 25-49% x; pode só usar gestos ou palavras isoladas. Necessita de ajuda >50% das vezes	«...» <25%; ou, apesar da ajuda, não entende questões simples ou não tem respostas adaptadas «...» <25% das vezes; ou não exprime as necessidades essenciais apropriadamente apesar da ajuda
COGNÇÃO SOCIAL	P EXPRESSÃO	Expressa necessidades e ideias essenciais da vida quotidiana >90% das vezes; necessita de ajuda <10% das vezes (exº repetição frequente) ... (ver atrás) em 75-90% das vezes	... (ver atrás) em 75-90% das vezes ... (ver atrás) em 50-74% das vezes	... 25-49% x; pode só usar gestos ou palavras isoladas. Necessita de ajuda >50% das vezes Conduz-se apropriada/ em 25-49% x. Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos	... <25% das vezes; ou não exprime as necessidades essenciais apropriadamente apesar da ajuda Conduz-se apropriada/ em <25% x. Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos
	Q INTERACÇÃO SOCIAL	g) -Só sob situações de stress ou não familiares, mas <10% das vezes. Pode necessitar de encorajamento para iniciar a participação. g) -para resolver problemas de rotina, mas só em situações de stress ou não familiares e <10% das vezes	Conduz-se apropriadamente em 75-90% das vezes £ Resolve os problemas de rotina £, 75-90% das vezes	Interage apropriadamente em 50-74% das vezes £ £ (ver atrás), em 50-74% das vezes	Conduz-se apropriada/ em <25% x. Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos £ £ (ver atrás) 25-49% das vezes; pode necessitar de restrição de contactos por segurança
	R RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	g) exº.: sugestão ou repetição, mas só em situações de stress ou não familiares e <10% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 75-90% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 50-74% das vezes Reconhece ou lembra-se em 25 a 49% das vezes. Tem necessidade de ajuda em <50% das vezes	Reconhece ou lembra-se em <25% das vezes ou não reconhece nem lembra Reconhece ou lembra-se em <25% das vezes ou não reconhece nem lembra
MEMÓRIA	S MEMÓRIA	g) exº.: sugestão ou repetição, mas só em situações de stress ou não familiares e <10% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 75-90% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 50-74% das vezes Reconhece ou lembra-se em 25 a 49% das vezes. Tem necessidade de ajuda em <50% das vezes	Reconhece ou lembra-se em <25% das vezes ou não reconhece nem lembra Reconhece ou lembra-se em <25% das vezes ou não reconhece nem lembra
	T MEMÓRIA	g) exº.: sugestão ou repetição, mas só em situações de stress ou não familiares e <10% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 75-90% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 50-74% das vezes Reconhece ou lembra-se em 25 a 49% das vezes. Tem necessidade de ajuda em <50% das vezes	Reconhece ou lembra-se em <25% das vezes ou não reconhece nem lembra Reconhece ou lembra-se em <25% das vezes ou não reconhece nem lembra

Fonte: Norma n.º 054/2011 de 27 de dezembro (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. Direcção-Geral da Saúde (27-12-2011) 1-19.

Anexo III – Guia de Colheita de Dados do CMR

Guia para a Colheita de dados

Actividades de Vida Diária		Hábitos/ Alterações / Nível de Dependência	
N.º	Descrição	Antes da doença	Após a doença
1	Manter um Ambiente Seguro	<ul style="list-style-type: none"> Estado de consciência, órgãos dos sentidos. Situações de risco. 	<ul style="list-style-type: none"> Estado de consciência. Órgãos dos sentidos (déficits visuais e auditivos). Situações de risco (perigos de quedas/queimaduras) Tipo de habitação: degraus, quartos, elevador.
2	Comunicar	<ul style="list-style-type: none"> Introvertido/Falador. Estado Emocional (choro fácil/labilidade/irritabilidade/agressividade) 	<ul style="list-style-type: none"> Linguagem, resposta verbal (vocabulário utilizado/estereotipo). Estado emocional (choro fácil/labilidade/irritabilidade/agressividade). Verbalizações das situações que o preocupam.
3	Respirar	<ul style="list-style-type: none"> Antecedentes do foro cardio-respiratório. Hábitos Tabágicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Hábitos Tabágicos. Sinais Vitais (TA, temperatura, etc). Sinais de compromisso vascular. Alterações tróficas (edemas cardio-respiratório). Padrão Respiratório (eupneico, etc).
4	Comer e Beber	<ul style="list-style-type: none"> Hábitos Alimentares. Alergias Alimentares e medicamentosas. Diabetes Mellitus e outros. Peso. 	<ul style="list-style-type: none"> Estado Geral. Dentição – Prótese dentária. Mastigação/Deglutição. Peso. Nível de Dependência (fracciona sim/não).
5	Eliminar	<ul style="list-style-type: none"> Hábitos de Eliminação Vesical e Intestinal. 	<ul style="list-style-type: none"> Controle de Esfíncter vesical/intestinal. Hábitos de Eliminação vesical e intestinal. Nível de Dependência (sanita/urinol/dispositivo/algália/fralda).
6	Higiene Pessoal e Vestir-se	<ul style="list-style-type: none"> Hábitos de Higiene Pessoal. Integridade Cutânea. 	<ul style="list-style-type: none"> Hábitos de Higiene Pessoal. Integridade Cutânea / alterações (sudorese). Nível de Dependência (vestir e despir).
7	Controlar a Temperatura do Corpo	<ul style="list-style-type: none"> Alterações da Temperatura corporal. Verbalização das alterações (medidas tomadas face a esta situação). 	<ul style="list-style-type: none"> Alterações da Temperatura corporal. Verbalização das alterações (medidas tomadas face a esta situação, adequabilidade do vestuário).
8	Movimentar-se	<ul style="list-style-type: none"> Alterações / dificuldades na mobilidade (movimento/edemas/dor/limitações articulares). 	<ul style="list-style-type: none"> Esquema corporal (postura, equilíbrio). Mobilidade (movimento/edemas/dor/limitações articulares) Tónus muscular. Transferências (nível de dependência). Alternâncias de decúbito (nível de dependência). Perturbações sensoriais (sensibilidades alteradas).
9	Trabalhar e Divertir-se	<ul style="list-style-type: none"> Ocupação. Tempos livres. Motivações. Actividades recreativas. 	<ul style="list-style-type: none"> Ocupação. Tempos livres. Motivações. Actividades recreativas.
10	Expressar a Sexualidade	<ul style="list-style-type: none"> Suportes afectivos/familiares. Preocupações relacionadas com a sua sexualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> Suportes afectivos. Preocupações relacionadas com a sua sexualidade. Suportes familiares.
11	Dormir	<ul style="list-style-type: none"> Número de horas de sono habituais. Necessitava de medidas facilitadoras de sono. 	<ul style="list-style-type: none"> Número de horas de sono habituais. Necessita de medidas facilitadoras de sono (terapêutica/elevação da cabeceira/almofadas, etc). Períodos de repouso (sesta).
12	Morrer	<ul style="list-style-type: none"> Sentimentos verbalizados. 	<ul style="list-style-type: none"> Sentimentos verbalizados face a situação de crise.

Anexo IV – Objetivos e Procedimentos na Reeducação Funcional Respiratória

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA:

Objetivos dos Exercícios de RFR
<ul style="list-style-type: none">• Melhorar a ventilação;• Prevenir limitações e corrigir alterações esqueléticas e musculares;• Corrigir assínergias e deficiências ventilatórias, proporcionando um maior ajuste na respiração;• Recuperar a dinâmica torácica e diafragmática;• Fortalecer as atividades dos músculos respiratórios, minimizando o excesso de utilização dos músculos acessórios na respiração;• Auxiliar na drenagem brônquica e na eficácia da tosse, aumentando a permeabilidade das vias aéreas;• Promover a reexpansão pulmonar, melhorando a distribuição e ventilação alveolar;• Reduzir a tensão psíquica;• Reeducar para o esforço.

Principais Procedimentos na RFR
A – Relaxamento Geral e Respiratório No início e no final dos exercícios de RFR, deverá proceder-se ao relaxamento corporal para libertar e reduzir a tensão muscular, facilitar a colaboração e consciencialização.
B – Orientação Respiratória Consiste na adequação dos tempos inspiratórios / expiratórios e no padrão respiratório adequado a cada pessoa, quer a frequência quer ao nível do volume corrente. A orientação tem ainda como objetivo ensinar a pessoa a utilizar corretamente a musculatura respiratória e a compreender os diferentes padrões respiratórios através de exercícios práticos. É essencial que realize a dissociação dos tempos respiratórios inspirando pelo nariz e expirando pela boca.
C – Coordenação e Controle da Respiração Consiste essencialmente em coordenar o tempo e a profundidade da respiração, associada à deglutição e à fala, associando movimentos rítmicos do tronco e dos membros.
D – Exercícios Passivos e Localizados Consistem em localizar ou inibir a respiração em determinado segmento do pulmão, direcionando a respiração para região específica torácica ou abdominal onde é necessário atuar com maior incidência.
E – Exercícios de Fortalecimento Muscular Respiratório Nestes, o fortalecimento da musculatura respiratória realiza-se através da respiração em contra-resistência, utilizando o meio possível ao seu alcance, tal como a resistência efetuada pela mão do enfermeiro ou do técnico, ou com um peso, estando a pessoa em decúbito dorsal ou outro. Devem sempre associar-se os exercícios de fortalecimento da musculatura abdominal. Pode ainda usar-se, para maior eficácia como ganho de força e resistência muscular respiratória, os incentivadores respiratórios (inspirómetro / expirómetro).

Técnicas de Descanso e Relaxamento:

Objetivos das Posições de Descanso e Relaxamento
<ul style="list-style-type: none">• Reduzir a tensão psíquica e muscular;• Facilitar o controlo da pessoa;• Facilitar o controlo da respiração;• Reduzir a sobrecarga muscular;• Reduzir a dispneia.
Orientações Gerais para as Técnicas de Relaxamento
<ul style="list-style-type: none">• Escolher a hora do dia mais adequada para a pessoa realizar a técnica, sempre que possível;• Promover o uso de roupas amplas; se necessário desapertar botões e sapatos;• Adotar um posicionamento confortável para a pessoa e que não apresente contra-indicações relativamente à sua situação clínica. Inicialmente poderá ser adotado o decúbito dorsal e mais tarde, se preferir, poderá ser utilizada a posição de sentado;• Promover ambiente calmo e acolhedor com temperatura ambiente agradável, música suave e com volume baixo que proporcione ritmo aos exercícios, luz moderada de forma a facilitar a indução da sonolência, ar o mais despoluído possível;• Utilizar nos posicionamentos almofadas de material de textura mole e de preferência anti-alérgico;• Incentivar a pessoa a fechar os olhos, a realizar mentalização de todos os movimentos envolvidos no relaxamento, que deverão ser lentos, acompanhados de contração e relaxamento de grupos musculares isoladamente (atendendo ao seu potencial sensitivo e motor);• Enfatizar a respiração diafragmática, realizando inspirações profundas e lentas segundo as suas capacidades.

Técnicas de Respiração Diafragmática:

Objetivos na Respiração Diafragmática
Técnica utilizada para melhorar a ventilação, prevenir crises de dispneia e mobilizar secreções pulmonares.
Procedimento na Respiração Diafragmática
<ul style="list-style-type: none">• Posicionar a pessoa de modo confortável e que promova o relaxamento;• Demonstrar o método de execução da respiração diafragmática;• Colocar as mãos da pessoa na região epigástrica ou na região costal inferior, para permitir verificar se o padrão respiratório se realiza corretamente;• Centrar a atenção da pessoa, visualizando/sentindo a elevação do abdômen sob as mãos ou expansão das costelas inferiores durante a inspiração, e a contração/retração dos músculos abdominais na expiração, assim como o abaixamento das costelas inferiores;• Pedir a pessoa que:<ul style="list-style-type: none">-Inspire lenta e profundamente pelo nariz, mantendo os ombros relaxados e o tórax superior imóvel de forma a permitir que o abdômen relaxado se eleve e o diafragma desça;-Sustenha a respiração por 1 a 2 segundos;-Expire lentamente pela boca, contraindo simultaneamente os músculos abdominais, se possível, favorecendo a elevação do diafragma e esvaziamento dos pulmões;• Repetir o exercício 6 a 10 vezes e depois permitir a pessoa descansar;• Confirmar se a pessoa inspira pelo nariz e expira pela boca depois desta interiorizar o exercício e entender que já é capaz de respirar usando o padrão diafragmático;• Encorajar a realização do exercício cerca de 10 minutos, de 4 em 4 horas ao longo do dia;• Estimular inicialmente a realização destes exercícios, aplicando uma força na região abdominal da pessoa;• Incentivar a pessoa a realizar, se possível, esta pressão e/ou utilizar sacos de areia (de 1 a 4 Kg) ou uma faixa abdominal (faz contenção diafragmática e abdominal para intensificar o exercício).

Técnicas de Expansão Costal:

Procedimento na Expansão Costal Lateral ou Basal Lateral

- Demonstrar o método de execução;
- Posicionar a pessoa deitada em decúbito dorsal, com os joelhos fletidos e os pés apoiados, ou sentada (posição de relaxamento);
- Colocar as mãos na face lateral das costelas inferiores da pessoa;
- Fixar a atenção da pessoa para as áreas onde o movimento deve ocorrer;
- Pedir à pessoa para expirar, sentindo a caixa torácica mover-se no sentido descendente para dentro;
- Colocar uma pressão firme no sentido descendente, com as palmas das mãos nas costelas, à medida que a pessoa vai expirando;
- Bloquear o movimento torácico, mantendo a pressão com as mãos, antes do início da inspiração;
- Pedir à pessoa que, enquanto inspira pelo nariz, expanda as costelas inferiores contra as suas mãos, ao mesmo tempo que lhe aplica uma leve resistência nessa área e o tórax se expande;
- Pedir a pessoa que expire pela boca, enquanto lhe aplica uma leve pressão com a palma das mãos, para comprimir a caixa torácica no sentido descendente e para dentro;
- Incentivar a pessoa, com potencial motor e sensitivo, a colocar as mãos sobre as suas costelas e a aplicar a resistência ou a realizar o exercício, utilizando uma cinta para aplicar resistência.

Nota: “Nos restantes tipos de expansão, a variação do procedimento reside no posicionamento da pessoa e na colocação das mãos para aplicação da resistência” (OE, 2009, p. 67).

Procedimento na Reeducação Costal Global

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Demonstrar o método de execução;• Posicionar a pessoa em decúbito dorsal, com os joelhos fletidos e os pés apoiados, ou sentada (posição de relaxamento);• Fixar a atenção da pessoa para a necessidade de coordenar os movimentos• Pedir para inspirar de forma lenta e profunda através do nariz, realizando ao mesmo tempo um movimento uníssono de flexão dos ombros a 90°, com os cotovelos em extensão, elevando o bastão ao nível da cabeça;• Pedir que, enquanto realiza uma expiração lenta com lábios franzidos, simultaneamente realize um movimento de extensão dos ombros, com os cotovelos em extensão, baixando o bastão até à região abdominal e vencendo a ação da gravidade;• Respeitar a tolerância ao esforço;• Repetir o exercício 6 a 10 vezes, permitindo o descanso, sempre que necessário. |
|---|

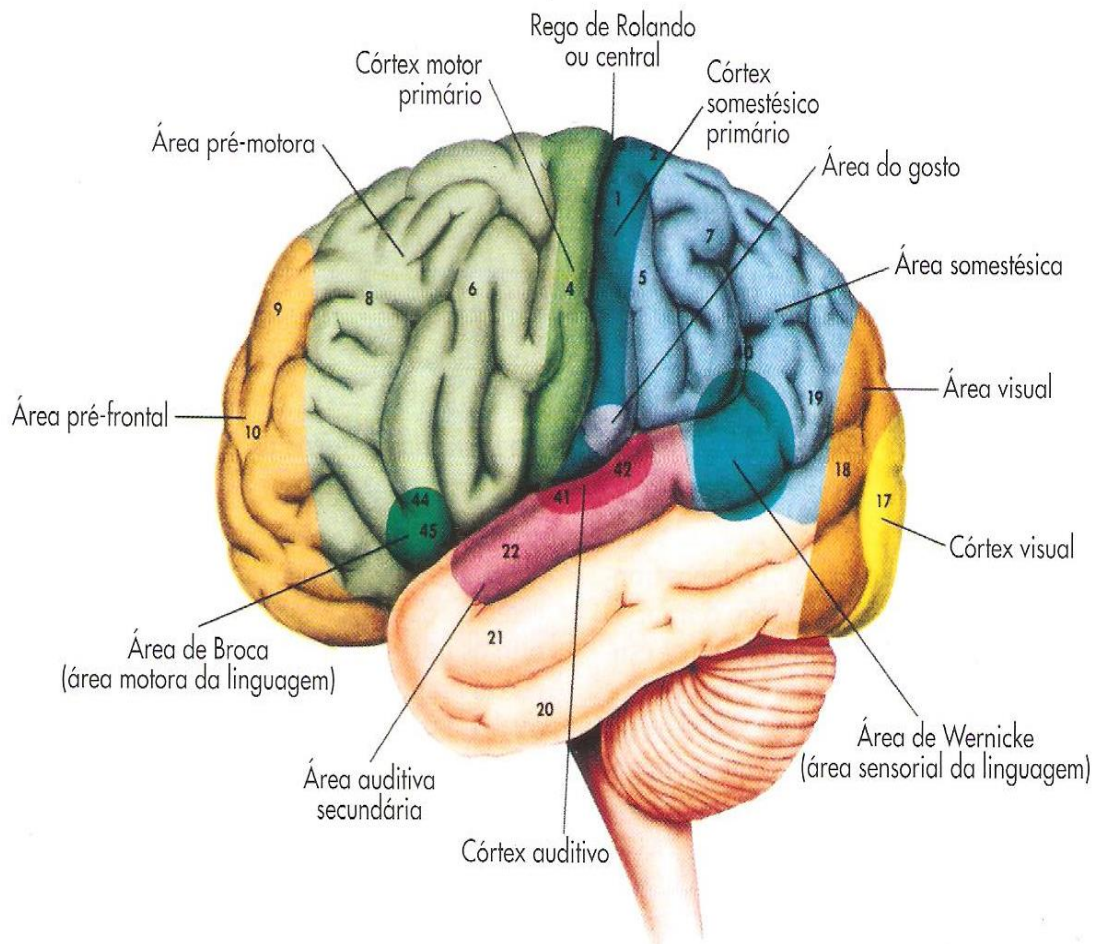
Vantagens dos Incentivadores Respiratórios

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Auxiliar o desempenho muscular respiratório;• Tornar eficaz o trabalho mecânico da ventilação pulmonar;• Proporcionar aumento da oxigenação arterial;• Melhorar a resistência muscular;• Facilitar a insuflação pulmonar;• Práticos, leves, portáteis (normalmente de matéria plástica e de baixo custo económico);• Utilizarem-se em adultos e crianças. |
|---|

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2009). *Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vértebro-medular*. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-96021-2-0.

Anexo V – Áreas Funcionais da Superfície do Córtex Cerebral

Áreas Funcionais da Superfície do Córtex Cerebral



Fonte: Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (2001). *Anatomia & fisiologia*. (3.^a ed.). Lisboa: Lusodidacta.

Anexo VI – Classificação dos Quadros de Afasia

Classificação dos Quadros de Afasia

Tipo de Afasia	Fluência	Compreensão	Nomeação	Repetição
Broca	Não-fluente	Normal	Perturbada	Perturbada
Wernicke	Fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada
Condução	Fluente	Normal	Perturbada	Perturbada
Anômica	Fluente	Normal	Perturbada	Normal
Transcortical sensorial	Fluente	Perturbada	Perturbada	Normal
Transcortical motora	Não-fluente	Normal	Perturbada	Normal
Transcortical mista	Não-fluente	Perturbada	Perturbada	Normal
Global	Não-fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada
Surdez verbal pura	Fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada

Fonte: Caldas, A. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall: O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Amadora: McGraw-Hill.

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de Estágio e de Objetivos Específicos

[illegible]

Apêndice II – Planejamento de Atividades a desenvolver no Estágio

PLANEAMENTO DE ATIVIDADES A DESENVOLVER NO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DO CMR:

Objetivo Específico	O1 – Integrar de forma progressiva a equipa de saúde multiprofissional, o funcionamento e as atividades de Enfermagem de Reabilitação do Serviço de Internamento do CMR.		
Domínios e Competências	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:</p> <p>A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B – Domínio da melhoria da qualidade:</p> <p>B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>C – Domínio da gestão dos cuidados:</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Participação na passagem de turno da equipa de enfermagem e nas reuniões formais e informais da equipa de saúde multiprofissional; Consulta dos manuais e protocolos de serviço; Participação na construção da tomada de decisão em equipa, relativa aos cuidados à pessoa/família, com especial ênfase na pessoa com AVC em situação de afasia; Toma da iniciativa de conduzir os processos de tomada de decisão especificamente nos cuidados prestados à pessoa família com AVC em situação de afasia; Desenvolvimento de aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com AVC em situação de afasia e sua família. 	<p>Humanos: Equipa multiprofissional do Serviço de Internamento do CMR e pessoa/família com AVC em situação de afasia.</p> <p>Materiais: Código Deontológico do Enfermeiro, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, normas e protocolos de serviço.</p> <p>Físicos: Serviço de Internamento do Centro de Medicina e Reabilitação.</p> <p>Temporais: Ver Cronograma de Objetivos O1</p>	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ter participado na passagem de turno da equipa de enfermagem e nas reuniões formais e informais da equipa de saúde multiprofissional; Ter consultado os manuais e protocolos de serviço; Ter participado na construção da tomada de decisão em equipa, relativa aos cuidados à pessoa/família, com especial ênfase na pessoa com AVC em situação de afasia; Ter tomado a iniciativa de conduzir os processos de tomada de decisão especificamente nos cuidados prestados à pessoa família com AVC em situação de afasia; Ter desenvolvido aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com AVC em situação de afasia e sua família. <p>Critérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a integração na equipa multiprofissional, no funcionamento do serviço e nas atividades de Enfermagem de Reabilitação do Serviço de Internamento do CMR; De que forma reflete nas atividades e estratégias utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.

Objetivo Específico	O2 – Aprofundar conhecimentos de Enfermagem de Reabilitação que possam dar resposta às necessidades globais da pessoa com AVC em situação de afasia.		
Domínios e Competências	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>B2 – Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p> <p>C – Domínio da gestão dos cuidados:</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.</p> <p>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:</p> <p>D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilização de conhecimentos adquiridos previamente durante o 1º e 2º semestres do Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação; • Identificação necessidades formativas pessoais e da equipa de Enfermagem; • Pesquisa bibliográfica em base de dados com rigor científico, relacionada com Enfermagem de Reabilitação e a pessoa com AVC em situação de afasia; • Partilha de conhecimentos com o Professor Orientador, o Enfermeiro Orientador de Estágio e a equipa multidisciplinar; • Participação em ações de formação no CMR acerca da área temática; • Desenvolvimento de uma sessão formativa acerca da área temática, para a equipa de Enfermagem, pessoas com AVC em situação de afasia e suas famílias; • Desempenho do papel de consultor relativamente aos cuidados de Reabilitação, perante as famílias da pessoa com AVC em situação de afasia, recorrendo a sessões informais de educação para a saúde. 	<p>Humanos: Equipa multiprofissional do Serviço de Internamento do CMR e pessoa/família com AVC em situação de afasia e Professor Orientador.</p> <p>Materiais: Bases de dados eletrónicas (EBSCO, RCAAP) e bibliotecas académicas; Dispositivos de formação disponíveis no serviço; Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Código Deontológico do Enfermeiro, normas e protocolos de serviço.</p> <p>Físicos: Serviço de Internamento do Centro de Medicina e Reabilitação.</p> <p>Temporais: Ver Cronograma de Objetivos O2</p>	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter mobilizado conhecimentos adquiridos previamente durante o 1º e 2º semestres do Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação; • Ter identificado necessidades formativas pessoais e da equipa de Enfermagem; • Ter pesquisado bibliografia em base de dados com rigor científico, relacionada com Enfermagem de Reabilitação e a pessoa com AVC em situação de afasia; • Ter partilhado conhecimentos com o Professor Orientador, o Enfermeiro Orientador de Estágio e a equipa multidisciplinar; • Ter participado em pelo menos uma ação de formação no CMR acerca da área temática; • Ter desenvolvido uma sessão formativa acerca da área temática, para a equipa de Enfermagem, pessoas com AVC em situação de afasia e pelo menos três das suas famílias; • Ter desempenhado papel de consultor relativamente aos cuidados de Reabilitação, perante as famílias da pessoa com AVC em situação de afasia, recorrendo a sessões informais de educação para a saúde. <p>Critérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para aprofundar conhecimentos de Enfermagem de Reabilitação que possam dar resposta às necessidades globais da pessoa com AVC em situação de afasia; • De que forma reflete nas atividades e estratégias utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.

Objetivo Específico	03 – Conhecer as características biopsicossociais e espirituais da pessoa/família com AVC em situação de afasia, no contexto de internamento do CMR.		
Domínios e Competências	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B2 – Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação do guia de colheita de dados instituído no serviço; • Aplicação de questões informais à pessoa com AVC em situação de afasia e/ou família relacionadas com as suas características biopsicossociais e espirituais; • Desenvolvimento da escuta ativa da pessoa com AVC em situação de afasia e/ou família; • Participação na passagem de turno da equipa de enfermagem e nas reuniões formais e informais da equipa de saúde multiprofissional; • Avaliação das informações recolhidas; • Reflexão crítica acerca das características biopsicossociais e espirituais da pessoa com AVC em situação de afasia e/ou família. 	<p>Humanos: Equipa multiprofissional do Serviço de Internamento do CMR e pessoa/família com AVC em situação de afasia.</p> <p>Materiais: Guia de Colheita de Dados instituído no serviço (normas e protocolos de serviço); bases de dados eletrónicas (<i>EBSCO</i>, <i>RCAAP</i>) e bibliotecas académicas; Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Código Deontológico do Enfermeiro.</p> <p>Físicos: Serviço de Internamento do Centro de Medicina e Reabilitação.</p> <p>Temporais: Ver Cronograma de Objetivos 03</p>	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter aplicado o guia de colheita de dados instituído no serviço; • Ter aplicado questões informais à pessoa com AVC em situação de afasia e/ou família relacionadas com as suas características biopsicossociais e espirituais; • Ter desenvolvido a escuta ativa da pessoa com AVC em situação de afasia e/ou família; • Ter participado na passagem de turno da equipa de enfermagem e nas reuniões formais e informais da equipa de saúde multiprofissional; • Ter avaliado as informações recolhidas; • Ter refletido criticamente acerca das características biopsicossociais e espirituais da pessoa com AVC em situação de afasia e/ou família. <p>Critérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para conhecer as características biopsicossociais e espirituais da pessoa/família com AVC em situação de afasia, no contexto de internamento do CMR; • De que forma reflete nas atividades e estratégias utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.

Objetivo Específico		O4 – Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com AVC em função da redução da incapacidade e/ou desvantagem relacionadas com a afasia.	
Domínios e Competências	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro;</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação global da pessoa com AVC em situação da afasia utilizando instrumentos adequados e instituídos no serviço; • Identificação de problemas de enfermagem e/ou incapacidades na pessoa/família com AVC em situação de afasia; • Avaliação da afasia recorrendo à Análise do Discurso (fluência), Nomeação, Repetição e Compreensão Auditiva Verbal ou a outro instrumento de avaliação instituído no serviço; • Planeamento de intervenções com o intuito de promover capacidades adaptativas no processo de transição saúde-doença e situacional da pessoa/família com AVC e reduzir a afasia ou a sua desvantagem; • Implementação de intervenções de Enfermagem de Reabilitação à pessoa/família com AVC em situação de afasia, que deem resposta a todas as suas necessidades e reeduquem a sua funcionalidade (motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade) e promovam uma transição saúde-doença e situacional eficaz; 	<p>Humanos: Equipa multiprofissional do Serviço de Internamento do CMR e pessoa/família com AVC em situação de afasia.</p> <p>Materiais: Normas e protocolos de serviço; material clínico e dispositivos de reabilitação existentes no serviço; Dispositivos de reabilitação da afasia, tais como: quadros de comunicação com imagens, manuais escolares; Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Código Deontológico do Enfermeiro.</p> <p>Físicos: Serviço de Internamento do Centro de Medicina e Reabilitação.</p> <p>Temporais: Ver Cronograma de Objetivos O4</p>	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter avaliado globalmente a pessoa com AVC em situação da afasia utilizando instrumentos adequados e instituídos no serviço; • Ter identificado problemas de enfermagem e/ou incapacidades na pessoa/família com AVC em situação de afasia; • Ter avaliado a afasia recorrendo à Análise do Discurso (fluência), Nomeação, Repetição e Compreensão Auditiva Verbal ou a outro instrumento de avaliação instituído no serviço; • Ter planeado intervenções com o intuito de promover capacidades adaptativas no processo de transição saúde-doença e situacional da pessoa/família com AVC e reduzir a afasia ou a sua desvantagem; • Ter implementado intervenções de Enfermagem de Reabilitação à pessoa/família com AVC em situação de afasia, que deem resposta a todas as suas necessidades e reeduquem a sua funcionalidade (motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade) e promovam uma transição saúde-doença e situacional eficaz; • Ter implementado um programa de reabilitação à pessoa com AVC, com intervenções/estratégias específicas tendo em conta o tipo de afasia, que promovam a sua comunicação e reduzam a incapacidade e desvantagem, tais como: treino do vocabulário; uso de canais de comunicação alternativos; Método de Entoação Melódica; terapias de grupo; • Ter aplicado o programa de intervenções/estratégias de reabilitação da afasia pelo menos durante uma hora por dia,

<p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação de um programa de reabilitação à pessoa com AVC, com intervenções/estratégias específicas tendo em conta o tipo de afasia, que promovam a sua comunicação e reduzam a incapacidade e desvantagem, tais como: treino do vocabulário; uso de canais de comunicação alternativos; Método de Entoação Melódica; terapias de grupo; • Aplicação do programa de intervenções/estratégias de reabilitação da afasia à pessoa com AVC pelo menos durante uma hora por dia. • Envolvimento da família/cuidador informal nos programas de reabilitação da afasia 		<p>durante um mês consecutivo a pelo menos duas pessoas com AVC em situação de afasia durante o estágio no CMR.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter envolvido pelo menos uma família/cuidador informal nos programas de reabilitação da afasia. <p>Critérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a redução da incapacidade e/ou desvantagem relacionadas com a afasia da pessoa com AVC; • De que forma reflete nas atividades e estratégias utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.
--	--	--	---

Objetivo Específico	O5 – Compreender de que forma os cuidados que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação utiliza, promovem uma transição situacional eficaz da pessoa com AVC em situação de afasia e sua família.		
Domínios e Competências	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B2 – Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação dos resultados das intervenções implementadas através de: <ul style="list-style-type: none"> Reavaliação da funcionalidade (motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade) da pessoa com AVC em situação de afasia Reavaliação semanal da afasia recorrendo à Análise do Discurso (fluência), Nomeação, Repetição e Compreensão Auditiva Verbal ou a outro instrumento de avaliação instituído no serviço, da pessoa com AVC à qual foi aplicado o programa de intervenções/estratégias de reabilitação da afasia pelo menos durante uma hora por dia; Execução de contato telefónico à pessoa/família com AVC, que teve alta e à qual foi aplicado o programa de intervenções/estratégias de reabilitação da afasia pelo menos durante uma hora por dia, confirmando a minimização da desvantagem e reinserção na comunidade. 	<p>Humanos: Equipa multiprofissional do Serviço de Internamento do CMR e pessoa/família com AVC em situação de afasia.</p> <p>Materiais: Normas e protocolos de serviço; Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Código Deontológico do Enfermeiro.</p> <p>Físicos: Serviço de Internamento do Centro de Medicina e Reabilitação.</p> <p>Temporais: Ver Cronograma de Objetivos O5</p>	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ter reavaliado a funcionalidade (motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade) da pessoa com AVC em situação de afasia com intervalos instituídos pelo serviço; Ter reavaliado semanalmente a afasia recorrendo à Análise do Discurso (fluência), Nomeação, Repetição e Compreensão Auditiva Verbal ou a outro instrumento de avaliação instituído no serviço, da pessoa com AVC à qual foi aplicado o programa de intervenções/estratégias de reabilitação da afasia pelo menos durante uma hora por dia; Ter executado contato telefónico à pessoa/família com AVC, que teve alta e à qual foi aplicado o programa de intervenções/estratégias de reabilitação da afasia pelo menos durante uma hora por dia, confirmando a minimização da desvantagem e reinserção na comunidade. <p>Critérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para compreender de que forma os cuidados que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação utiliza, promovem uma transição situacional eficaz da pessoa com AVC em situação de afasia e sua família. De que forma reflete nas atividades e estratégias utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.

Objetivo Específico	06 – Refletir criticamente sobre processos de mudança e inovação, baseados numa atitude científica e humana, relativamente aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação que promovam uma transição saúde-doença e situacional eficaz na pessoa/família com AVC em situação de afasia.		
Domínios e Competências	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento de jornais de aprendizagem reflexivos semanais, acerca das atividades desenvolvidas; Desenvolvimento de reuniões com o Enfermeiro Orientador de estágio, que permitam a reflexão conjunta; Desenvolvimento de reuniões com o Professor Orientador, que permitam a reflexão conjunta; Elaboração do relatório final de estágio; Identificação das competências comuns e específicas do EEER adquiridas ao longo de todo o período de estágio. 	<p>Humanos: Equipa multiprofissional do Serviço de Internamento do CMR e pessoa/família com AVC em situação de afasia e Professor Orientador.</p> <p>Materiais: Normas e protocolos de serviço; bases de dados eletrónicas (<i>EBSCO</i>, <i>RCAAP</i>) e bibliotecas académicas; Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Código Deontológico do Enfermeiro.</p> <p>Físicos: Serviço de Internamento do Centro de Medicina e Reabilitação.</p> <p>Temporais: Ver Cronograma de Objetivos 06</p>	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ter desenvolvido jornais de aprendizagem reflexivos semanais, acerca das atividades desenvolvidas; Ter desenvolvido reuniões com o Enfermeiro Orientador de estágio, que permitam a reflexão conjunta; Ter desenvolvido reuniões com o Professor Orientador, que permitam a reflexão conjunta; Ter elaborado o relatório final de estágio; Ter identificado as competências comuns e específicas do EEER adquiridas ao longo de todo o período de estágio. <p>Critérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para refletir criticamente sobre processos de mudança e inovação, baseados numa atitude científica e humana, relativamente aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação que promovam uma transição saúde-doença e situacional eficaz na pessoa/família com AVC em situação de afasia; De que forma reflete nas atividades e estratégias utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.

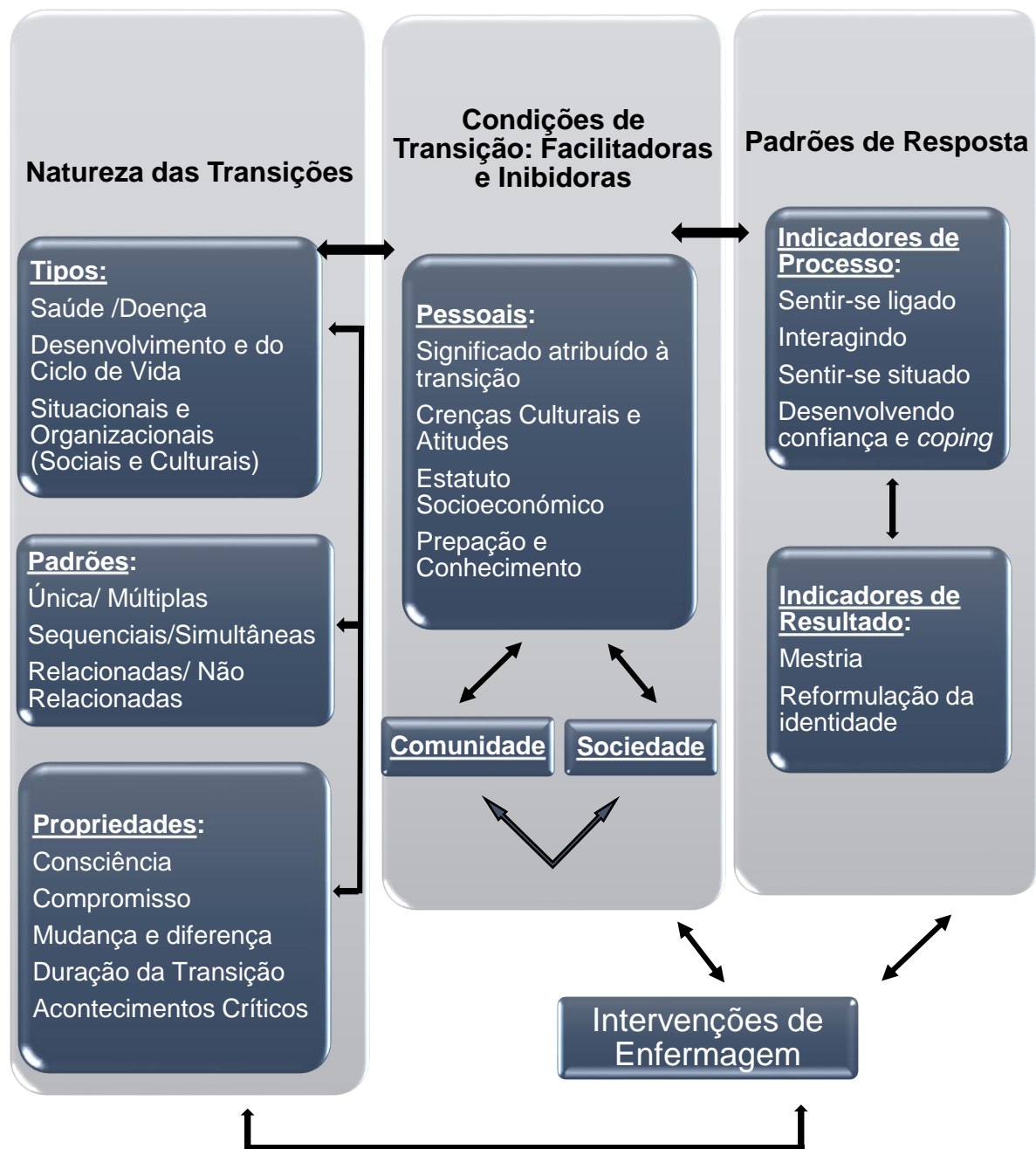
PLANEAMENTO DE ATIVIDADES A DESENVOLVER NO SERVIÇO PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL DA ZONA OESTE:

Objetivo Específico	07 – Desenvolver competências de Enfermagem de Reabilitação junto da pessoa com alterações da função respiratória.		
Domínios e Competências	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro;</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação global da pessoa com alterações da função respiratória utilizando instrumentos instituídos no serviço; • Identificação de problemas de enfermagem e/ou incapacidades na pessoa com alterações da função respiratória; • Planeamento de intervenções com o intuito de promover capacidades adaptativas no processo de transição saúde-doença da pessoa/família com alterações da função respiratória; • Implementação de intervenções de Enfermagem de Reabilitação à pessoa/família com alteração da função respiratória, que deem resposta a todas as suas necessidades e reeduquem a sua funcionalidade (motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade) e promovam uma transição saúde-doença eficaz; • Avaliação dos resultados das intervenções implementadas; • Desenvolvimento de sessões informativas à pessoa/família com alterações da função respiratória na gestão do regime terapêutico, para reinserção e exercício da cidadania 	<p>Humanos: Equipa multiprofissional do serviço de Pneumologia e pessoa/família com alterações da função respiratória.</p> <p>Materiais: Normas e protocolos de serviço; material clínico; dispositivos de reabilitação existentes no serviço; dispositivos de reeducação funcional respiratória existentes no serviço; Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Código Deontológico do Enfermeiro.</p> <p>Físicos: Serviço Pneumologia do Hospital da zona Oeste.</p> <p>Temporais: Ver Cronograma de Objetivos 07</p>	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter avaliado globalmente a pessoa com alterações da função respiratória utilizando instrumentos instituídos no serviço; • Ter identificado problemas de enfermagem e/ou incapacidades na pessoa com alterações da função respiratória; • Ter planeado intervenções com o intuito de promover capacidades adaptativas no processo de transição saúde-doença da pessoa/família com alterações da função respiratória; • Ter implementado intervenções de Enfermagem de Reabilitação à pessoa/família com alteração da função respiratória, que deem resposta a todas as suas necessidades e reeduquem a sua funcionalidade (motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade) e promovam uma transição saúde-doença eficaz; • Ter avaliado os resultados das intervenções implementadas; • Ter desenvolvido sessões informativas à pessoa/família com alterações da função respiratória na gestão do regime terapêutico, para reinserção e exercício da cidadania. <p>Critérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para desenvolver competências de Enfermagem de Reabilitação junto da pessoa com alterações da função respiratória. • De que forma reflete nas atividades e estratégias utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.

Apêndice III – Análise da Teoria das Transições segundo Meleis

ANÁLISE DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS

Figura 1. Teoria das Transições de Meleis



Fonte: Meleis, A. I. et al. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.

Meleis et al. (2000) sugerem que mudanças no estado de saúde podem promover alterações no bem estar e conduzem a um processo de transição, que pode levar à vulnerabilidade que é relatada como uma experiência de transição,

interações e condições ambientais que expõem o indivíduo a um potencial perigo e a uma problemática e demorada recuperação. Os enfermeiros são frequentemente os primeiros cuidadores de utentes e suas famílias que estão a vivenciar um processo de transição.

A transição como um conceito central na enfermagem, tem sido analisada de modo a articular e refletir acerca da relação entre os seus componentes Meleis et al. (2000).

Nesta teoria são considerados tipos de transições, que correspondem a transições saúde-doença, em que uma pessoa passa do estado saudável, a portador de uma doença, sendo ela um caso agudo ou para o resto da sua vida (crónica). As transições de desenvolvimento referem-se às do ciclo de vida, como uma mulher que inicia a menopausa, por exemplo. As situacionais, que são vivenciadas na alteração de papéis em contexto familiar, profissional ou educacional e organizacionais, que se referem a alterações das organizações e do seu ambiente, com impacto para a pessoa que lá trabalha, e podem ser precipitadas por mudanças políticas e económicas. Estas encerram em si características culturais e sociais, como os casos de migração, reforma (Meleis, 2010).

Em relação aos padrões, a transição é designada como única se se verifica apenas um tipo, ou múltipla se existir mais do que um tipo de transição durante um período de tempo específico. Se ocorrerem ao mesmo tempo são transições simultâneas, se acontecerem uma a seguir à outra são sequenciais.

No caso da transição do tipo saúde-doença, é muito frequente verificarem-se múltiplas transições, pois o estado de passagem para a doença acarreta para a pessoa alterações a vários níveis, que conduzem a transições situacionais (desemprego pela incapacidade decorrente da doença, por exemplo).

Meleis et al. (2000) após a análise de estudos constataram, que a enfermagem deve considerar os padrões de todas as transições significantes para a vida do indivíduo e família, em vez de se focar somente num único tipo de transição.

O processo de transição compreende várias propriedades que se relacionam e/ou dependem entre si. As transições são complexas e multidimensionais (Meleis et al. 2000).

A consciência importa na medida em que a pessoa percebe, conhece e reconhece o que se está a passar consigo desde o acontecimento crítico, que se pode caracterizar por um evento marcante que indica à pessoa o antes e o depois, e que pode variar de indivíduo para indivíduo. Por exemplo, numa transição do tipo saúde-doença, para alguns o acontecimento crítico pode ser atribuído ao momento do diagnóstico, e para outros pode corresponder ao início dos sintomas da doença.

A tomada de consciência favorece um processo de transição saudável, pois o desconhecido conduz a medos infundamentados e o conhecimento acerca da nova situação, traz consigo a segurança e aceitação.

Meleis et al. (2000) defendem que o nível de consciência influencia o nível de compromisso, que consiste no envolvimento da pessoa no processo de transição.

Os mesmos autores afirmam que as transições são o resultado de uma mudança, e resultam sempre numa mudança, que por sua vez conduz à diferença (de sentimentos, por exemplo).

Outra das propriedades das transições corresponde à duração. A mesma transição segue trajetórias cronológicas diferentes, variando de pessoa para pessoa. Mas todas se caracterizam pelo fluxo e movimento ao longo do tempo.

As condições globais da pessoa podem facilitar ou inibir o processo de transição. Meleis et al. (2000) inclui como uma das condições de transição, o significado atribuído pela pessoa a um determinado tipo de transição, que é diferente em todos os indivíduos, pois existem outras condições como crenças e atitudes culturais (mitos e crenças), estatuto sócio económico (utentes com baixo estatuto socioeconómico, poderão não ter tanto acesso aos cuidados e saúde no contexto económico atual), preparação e conhecimento (educação para a saúde e preparação antecipatória facilita a experiência de transição), que se relacionam e interferem entre si. As condições e características da sociedade e comunidade onde a pessoa está inserida, também têm interferência no processo de transição.

Após a avaliação de todos estes componentes, o enfermeiro implementa intervenções que visem a orientação da pessoa num processo de transição saudável. A eficácia destas intervenções é avaliada através dos indicadores de processo, que Meleis et al. (2000) definem como sendo a pessoa

sentir-se ligada, que pode ser às suas relações anteriores ou mesmo aos profissionais de saúde. Este indicador é refletido pela motivação e envolvimento da pessoa nas atividades, que lhe vão permitir progredir no processo. O interagir com outros indivíduos, como por exemplo os seus pares em sessões de terapia de grupo, demonstra um indicador positivo. Como já foi referido, a compreensão da situação, conduz à confiança e ao *coping*, que se caracteriza pelo desenvolvimento de estratégias de gestão da situação, que facilitam o ultrapassar dos seus aspetos negativos. Segundo Meleis et al. (2000) o aumento do nível de confiança é um indicador que reflete a natureza do processo de transição e a confiança é manifestada pelo nível de compreensão dos diferentes processos inerentes ao diagnóstico, tratamento, recuperação e o viver com limitações; pelo nível de utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias de gestão da situação.

Os indicadores de resultado que demonstram a eficácia das intervenções de enfermagem, caracterizam-se pela mestria da pessoa, ou seja a aquisição de habilidades e comportamentos que beneficiam a gestão da nova situação. Por fim, verifica-se a reformulação da sua identidade, como sinal de aceitação e integração da experiência de transição.

O sucesso do processo de transição depende da relação de todos estes componentes analisados. Meleis (2010) considera que o modo como a pessoa se envolve na procura de conhecimentos e habilidades para encontrar estratégias no sentido de obter domínio sobre uma determinada situação, pode ser preditiva de uma transição com sucesso, caracterizada como uma oportunidade de crescimento pessoal, dotando-a para situações de transição futuras. Assim, transição leva à assunção de uma nova identidade, reformulada e assente na identidade anterior.

Apêndice IV – Guia de Avaliação Neurológica

GUIA DE AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Nome do Utente: _____

	Método e Recursos	Avaliação do Utente
ESTADO DE CONSCIÊNCIA	Aplicação da Escala de Glasgow (Anexo I)	
ESTADO DE ORIENTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Autopsíquica – questões relativas à própria pessoa; • Alopsíquica – questões relacionadas com a orientação no tempo e no espaço. 	
ATENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilância (foco de atenção para estímulos externos: hipervigil ou hipovigil); • Tenacidade (capacidade de manutenção da atenção) – solicitar à pessoa que bata na mesa cada vez que se diga a letra A, entre uma série de letras aleatórias; • Concentração (capacidade de manutenção da atenção voluntária em processos internos de pensamento) – testar através da subtração consecutiva do número 7 a partir do número 100. 	
MEMÓRIA	<ul style="list-style-type: none"> • Sensorial (informação recebida dos órgãos e retida durante 0,5"); • Imediata (registro de informações ouvidas nos últimos 15 a 20") – pedir à pessoa que repita uma sequência de algarismos; • Recente (Curto prazo: 5' a 10' – pedir à pessoa que retenha três palavras e repita 5' depois; e longo prazo: mais de 30' – questões acerca de refeições, tais como o que comeu ao almoço); • Remota (retenção permanente de informação) – questões relacionadas com eventos da vida passada da pessoa. 	

<p>LINGUAGEM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discurso espontâneo – Questões acerca de temática conhecida da pessoa; • Compreensão – pedir à pessoa para seguir comandos ou questões que peçam respostas simples (sim ou não); • Nomeação – apresentar à pessoa por confrontação visual, objetos de uso comum e pedir-lhe que os nomeie; • Repetição – pedir à pessoa que repita palavras curtas; • Leitura – escrever em letras maiúsculas e legíveis algumas palavras e pedir à pessoa a sua leitura; • Linguagem elaborada – pedir à pessoa que defina palavras, apresentar sinónimos e antónimos; • Escrita – pedir à pessoa que escreva o seu nome e a seguir frases mais complexas. 	
<p>CAPACIDADES PRÁXICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar que a pessoa tem força, sensibilidade e coordenação conservadas; • Pedir para executar primeiro com uma mão e depois com a outra, gestos icónicos transitivos (como lavar os dentes) e gestos icónicos intransitivos (dizer adeus ou assobiar). 	
<p>NEGLIGÊNCIA HEMIESPACIAL UNILATERAL (Hemisfério cerebral direito afetado)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prova de “barragem”; • Prova de desenho espontâneo. 	
<p>PARES CRANIANOS</p>	<p>I – OLFATIVO</p> <p>- De olhos fechados, pede-se à pessoa que identifique o odor de modo bilateral, ocluindo uma narina e depois a outra, oferecendo cheiros familiares (café, por exemplo).</p> <p>- Despistar parosmia, hiposmia ou anosmia.</p> <p>II – ÓTICO</p> <p>- Acuidade Visual, pedindo à pessoa que bilateralmente conte dedos a várias distâncias;</p> <p>- Campo Visual, pedindo à pessoa com um dos olhos fechados até que ângulo consegue observar um dedo (campo visual normal começa externamente a</p>	

<p>PARES CRANIANOS</p>	<p>60°, em relação à linha média e a 40° da linha nasal para dentro).</p> <p>III – ÓCULOMOTOR/ IV – PATÉTICO/ VI – MOTOR OCULAR EXTERNO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recorrer à resposta pupilar através de estímulo luminoso; - Pesquisar movimentos conjugados do globo ocular, pedindo à pessoa seguir um dedo que desenha um H no espaço. <p>V – TRIGÊMEO</p> <ul style="list-style-type: none"> - A pessoa fecha os olhos e testa-se a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nas três divisões (oftálmica, maxilar e mandibular); - Teste do reflexo córneo-palpebral; - Observar movimentos dos músculos mastigadores e sua simetria. <p>VII – FACIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa de movimentos da face e sua simetria (apagamento do sulco nasogeniano, desvio comissura labial); - Pesquisa da dificuldade em manter saliva, alimentos no lado da boca afetado; - Pesquisa do paladar dos 2/3 anteriores da língua, usando açúcar, sal e limão, para despistar digeusia ou ageusia. <p>VIII – ESTADO-ACÚSTICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Divisão Coclear (acuidade auditiva): pessoa com os olhos fechados, estalam-se os dedos junto aos ouvidos bilateralmente; <p>Teste de Rinne ou teste de Weber ou teste de Schwabach, recorrendo a um diapásão.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Divisão Vestibular: equilíbrio sentado e em pé estático e dinâmico; <p>Teste de Romberg para pesquisa de equilíbrio estático em pé;</p> <p>Escala de Berg (anexo II).</p> <p>IX – GLOSSOFARINGEO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa de paladar no 1/3 posterior da língua (açúcar, sal). <p>X – VAGO</p>	
-------------------------------	---	--

	<p>- Pesquisa do reflexo do vômito tocando com uma espátula na região posterior da língua e úvula.</p> <p>XI – ESPINHAL</p> <p>- Pesquisa da força muscular do esternocleidomastóideo e do trapézio.</p> <p>XII – GRANDE HIPOGLOSSO</p> <p>- Pesquisa dos movimentos da língua.</p>	
MOTRICIDADE	<ul style="list-style-type: none"> • Força Muscular dos vários segmentos corporais dos distais para os proximais, através da Escala de Lower (anexo III); • Amplitude Articular, utilizando um Goniómetro; • Tónus Muscular através da Escala Modificada de Ashworth (anexo IV); • Coordenação Motora, despistando ataxia, através da Prova Índex-nariz para os membros superiores e a Prova Calcanhar-joelho para os membros inferiores; • Sensibilidade Superficial (táctil com algodão ou compressa, térmica com objeto frio entre 4º a 10º C e dolorosa com ponta de caneta); • Sensibilidade Profunda (sentido de pressão ou barestesia através compressão digital ou manual das massas musculares; sensibilidade vibratória ou palestesia através do uso do diapasão e sensibilidade postural, posicionando passivamente uma parte do corpo e pedir à pessoa que identifique a sua posição em relação ao próprio corpo); • Equilíbrio através da pesquisa das funções do VIII par craniano – Estato-acústico; • Marcha (avaliando risco de queda, amplitude de cada passo e os movimentos associados de balanço dos membros superiores). 	

Anexo I – Escala de Glasgow

Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras Inapropriadas	3
	Sons Ininteligíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Fonte: Menoita, E.C. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC. Contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusociência.

Anexo II – Escala de Berg

INSTRUÇÕES GERAIS

- Demonstre cada tarefa e/ou instrua o sujeito da forma como está descrito abaixo. Quando colocar a pontuação, registre a categoria da resposta de menor pontuação relacionada a cada item.
- Na maioria dos itens pede-se ao sujeito para manter uma dada posição por um tempo determinado. Progressivamente mais pontos são subtraídos caso o tempo ou a distância não sejam atingidos, caso o sujeito necessite de supervisão para a execução da tarefa, ou se o sujeito se apoia num suporte externo ou ainda recebe ajuda do examinador.
- É importante que se torne claro aos sujeitos que estes devem manter o equilíbrio enquanto tentam executar a tarefa. A escolha de qual perna permanecerá como apoio e o alcance dos movimentos fica a cargo dos sujeitos. Julgamentos inadequados irão influenciar negativamente o desempenho e a pontuação. Nos itens 1, 3 e 4 deverá ser utilizada uma cadeira com braços.
- Os equipamentos necessários são um cronómetro (ou relógio comum com ponteiro dos segundos) e uma régua ou outro medidor de distância com fundos de escala de 5, 12,5 e 25cm. As cadeiras utilizadas durante os testes devem ser de altura razoável. Um degrau ou um banco (da altura de um degrau) pode ser utilizado para o item 12.

1. DA POSIÇÃO DE SENTADO PARA A POSIÇÃO DE PÉ

INSTRUÇÕES: Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte.

- ☐ 4 Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma
- ☐ 3 Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos
- ☐ 2 Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas
- ☐ 1 Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável
- ☐ 0 Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar

2. FICAR EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar.

- ☐ 4 Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos
- ☐ 3 Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão
- ☐ 2 Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos
- ☐ 1 Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos
- ☐ 0 Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda
 - Se o sujeito conseguir manter-se em pé durante 2 minutos sem apoio, deverá registar-se a pontuação máxima no item 3. Prosseguir para o item 4.

3. SENTA-SE COM AS COSTAS DESAPOIADAS MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU SOBRE UM BANCO

INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

- ☐ 4 Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos
- ☐ 3 Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão
- ☐ 2 Mantém-se sentado durante 30 segundos
- ☐ 1 Mantém-se sentado durante 10 segundos
- ☐ 0 Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos

4. DA POSIÇÃO DE PÉ PARA A POSIÇÃO DE SENTADO

INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

- ☐ 4 Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos
- ☐ 3 Ao sentar-se recorre às mãos
- ☐ 2 Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida
- ☐ 1 Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida

- ☐ 0 Necessita de ajuda para se sentar

5. TRANSFERÊNCIAS

INSTRUÇÕES: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo “pivot”. Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços.

- ☐ 4 Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos
- ☐ 3 Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos
- ☐ 2 Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão
- ☐ 1 Necessita de ajuda de uma pessoa
- ☐ 0 Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança

6. FICAR EM PÉ SEM APOIO E COM OS OLHOS FECHADOS

INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos.

- ☐ 4 Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos
- ☐ 3 Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão
- ☐ 2 Consegue manter-se em pé durante 3 segundos
- ☐ 1 Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável
- ☐ 0 Necessita de ajuda para evitar a queda

7. MANTER-SE EM PÉ SEM APOIO E COM OS PÉS JUNTOS

INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar.

- ☐ 4 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto
- ☐ 3 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão
- ☐ 2 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manterá posição durante 30 segundos
- ☐ 1 Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos
- ☐ 0 Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos

8. INCLINAR-SE PARA A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO AO MESMO TEMPO QUE SE MANTÉM DE PÉ

INSTRUÇÕES: Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco.)

- ☐ 4 Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas)
- ☐ 3 Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas)
- ☐ 2 Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas)
- ☐ 1 Inclina-se para a frente mas necessita de supervisão
- ☐ 0 Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo

9. APANHAR UM OBJECTO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO DE PÉ

INSTRUÇÕES: Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.

- ☐ 4 Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança

- ☐ 3 Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão
- ☐ 2 Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma
- ☐ 1 Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta
- ☐ 0 Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

10. VIRAR-SE PARA OLHAR SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO ESTÁ DE PÉ

INSTRUÇÕES: Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objeto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação.

- ☐ 4 Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso
- ☐ 3 Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir o peso
- ☐ 2 Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio
- ☐ 1 Necessita de supervisão ao virar
- ☐ 0 Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

11. DAR UMA VOLTA DE 360 GRAUS

INSTRUÇÕES: Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direcção oposta.

- ☐ 4 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- ☐ 3 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos
- ☐ 2 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança mas lentamente
- ☐ 1 Necessita de supervisão ou de indicações verbais
- ☐ 0 Necessita de ajuda enquanto dá a volta

12. COLOCAR OS PÉS ALTERNADOS NUM DEGRAU OU BANCO ENQUANTO SE MANTÉM EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

- ☐ 4 Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos
- ☐ 3 Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos
- ☐ 2 Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão
- ☐ 1 Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda
- ☐ 0 Necessita de ajuda para evitar a queda / não consegue tentar

13. FICAR EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE DO OUTRO

INSTRUÇÕES: (DEMOSTRAR AO INDIVÍDUO) Coloque um pé exatamente em frente do outro. Se sentir que não consegue colocar o pé exatamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do seu pé esteja à frente dos dedos do seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal).

- ☐ 4 Consegue colocar um pé exatamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- ☐ 3 Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- ☐ 2 Consegue dar um pequeno passo, de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- ☐ 1 Necessita de ajuda para dar um passo mas consegue manter a posição durante 15 segundos
- ☐ 0 Perde o equilíbrio enquanto dá o passo ou ao ficar de pé

14. FICAR EM PÉ SOBRE UMA PERNA

INSTRUÇÕES: Fique em pé sobre uma perna, sem se segurar, pelo maior tempo possível.

- 4 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante mais de 10 segundos
- 3 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição entre 5 e 10 segundos
- 2 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante 3 segundos ou mais
- 1 Tenta levantar a perna sem conseguir manter a posição durante 3 segundos, mas continua a manter-se em pé de forma autónoma
- 0 Não consegue tentar ou necessita de ajuda para evitar a queda

PONTUAÇÃO TOTAL (máximo = 56)

Fonte: Wood-Dauphinee, S., Berg, K., Bravo, G., Williams, J.I. (1997). The balance scale: Responding to clinically meaningful changes. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 10, 35-50.

Anexo III – Escala de Lower

5/5	Movimento normal contra gravidade e resistência
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força
3/5	Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência
2/5	Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama
1/5	Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento
0/5	Sem contração muscular e sem movimento

Fonte: Menoita, E.C. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC. Contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusociência.

Anexo IV – Escala Modificada de Ashworth

0	Nenhum aumento no tônus muscular
1	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular (ADM), quando o segmento corporal é movido em flexão ou extensão
1+	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da ADM restante
2	Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da ADM, mas o segmento é movido facilmente
3	Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil
4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão

Fonte: Menoita, E.C. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC. Contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusociência.

Apêndice V – Planos de Cuidados

Plano de Cuidados 1

Nome: F. A.

Sexo: masculino

Idade: 74 anos

Data de Admissão no CMR: 03-10-2013

Escolaridade: 4.^a ano

Profissão: Comerciante/ reformado

Contexto familiar: Tem dois filhos, quatro netos e vive com a esposa e cunhado.

Caraterísticas da habitação: Vivenda R/C com 3 degraus de acesso na entrada frontal e sem degraus na entrada pelas traseiras.

Antecedentes Pessoais: Hipertensão Arterial, Diabetes mellitus tipo 2, Neoplasia do cólon (cirurgia há 9 anos no Hospital X; sem necessidade de tratamento atualmente) e hábitos etílicos no passado, que a família refere ter abandonado há mais de dez anos.

A 21 de agosto de 2013 foi internado no Hospital Y, por episódio de AVC hemorrágico com inundação do ventrículo esquerdo, do qual resultou hemiplegia direita (plegia do braço direito e perna direita esboça movimento ativo de flexão da anca direita em resposta a estímulo doloroso), aumento do tônus muscular na perna direita (grau 1 escala de Ashworth) afasia global com parafasias, mutismo e pausas anómicais. Antes desta transição saúde-doença era comunicativo e sociável. Utente foi algaliado durante o internamento no Hospital Y por retenção urinária relacionada com comprometimento neurológico a nível cerebral, consequência do AVC hemorrágico. Manteve-se algaliado por presença de infeção urinária por E. coli.

Teve alta do Hospital Y dia 09-09-2013 (tempo de internamento: 19 dias) e desde esta data realizou numa clínica privada programa de reabilitação dois dias por semana, até ser internado no CMR.

Avaliação a 10-10-2013:

Estado de consciência (Escala de Glasgow): score=14; utente consciente.

Orientação: utente orientado em relação à própria pessoa; desorientado relativamente ao tempo e espaço.

Plano de Cuidados 1

Atenção: utente apresenta a atenção mantida, pois consegue participar e concentrar-se em todas as atividades, executando-as do início ao fim.

Memória: relacionado com a afasia global (défice de compreensão e expressão) não foi possível avaliar com rigor a memória sensorial, imediata e recente. Aparentemente mantém a memória remota sem alterações, pois consegue reconhecer todos os familiares e relacioná-los com situações prévias ao episódio de AVC.

Linguagem: discurso espontâneo, nomeação, repetição de palavras, leitura e escrita ausentes; apresenta compreensão presente por curtos períodos. Mantém parafasias; não apresenta mutismo, pois demonstra pretensão em comunicar.

Capacidades Práticas: avaliadas nos momentos em que o utente apresentava a compreensão presente; utente executou gestos icónicos por imitação com a mão esquerda, revelando capacidades práticas inalteradas.

Força muscular (Escala de Lower): Perna direita nível 3/5; Braço direito nível 0/5; restantes segmentos corporais nível 4/5.

Sensibilidade: a avaliação da sensibilidade superficial tátil e térmica em todos os dermatómos foi inconclusiva, não se obtendo resposta por parte do utente (provavelmente relacionado com a afasia global). O mesmo se passou na avaliação da sensibilidade profunda, recorrendo à barestesia. A sensibilidade superficial dolorosa está presente, tendo-se obtido flexão dos segmentos corporais, exceto no braço direito que não esboçou qualquer movimento aquando do estímulo doloroso.

Amplitude Articular: Articulação do punho direito com amplitude de 90° em flexão, 45° em extensão e sem amplitude de movimento em desvio radial e cubital. O cotovelo direito com amplitude de 145° em flexão. O ombro direito com amplitude de 180° em flexão, a abdução não ultrapassa os 90°. A articulação tibiotársica direita sem amplitude de movimento. O joelho direito com 90° de amplitude em flexão. A articulação coxo-femural direita com 45° de amplitude em flexão e sem amplitude de movimento em rotação interna. Amplitudes articulares normais dos segmentos corporais do hemicorpo esquerdo.

Espasticidade: mantém tónus muscular grau 1 na escala Modificada de Ashworth, na perna direita.

Equilíbrio: pontuação=1 em 56 na escala de Berg; sem equilíbrio estático sentado.

Plano de Cuidados 1

Perceção da doença pelo utente e família:

É difícil identificar a perceção da doença pelo próprio, tendo em conta a alteração da comunicação verbal. Mas observando a sua linguagem corporal e facial, constata-se a sua frustração quando confrontado com as incapacidades decorrentes da doença, durante a execução de algumas atividades. A família demonstra otimismo no processo de transição saúde-doença e situacional do utente, transmitindo-o a este, o que claramente motiva o utente a participar no programa de reabilitação.

PLANO DE CUIDADOS			
PROBLEMAS REAIS E/OU POTENCIAIS 10-10-2013	OBJETIVOS/ RESULTADOS ESPERADOS	AÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS 16-12-2013
1 – Comunicação Comunicação alterada: Afasia Global <ul style="list-style-type: none"> • Discurso espontâneo: ausente; • Nomeação: ausente; • Repetição de palavras: ausente; • Leitura: ausente; • Escrita: ausente; • Compreensão: presente por períodos; • Desvantagem comunicacional: presente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma comunicação verbal e/ou não-verbal eficaz, com evolução favorável até ao momento da alta hospitalar; • Reduzir a desvantagem comunicacional; • Promover a interação social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover um ambiente tranquilo; • Apresentar-se ao utente e chamá-lo pelo nome preferido; • Dar tempo ao utente para se expressar; • Motivar o utente para a comunicação e expressão verbal, abordando assuntos do seu interesse; • Otimizar a comunicação, obtendo o melhor resultado com as estratégias comunicacionais utilizadas; • Facilitar a comunicação recorrendo à linguagem não- 	<ul style="list-style-type: none"> • Discurso espontâneo: ausente; • Nomeação: ausente; • Repetição de palavras: dando tempo ao utente, consegue repetir algumas palavras dissilábicas; • Leitura: ausente; • Escrita: ausente; • Compreensão: presente por períodos mais longos em relação à avaliação inicial;

Plano de Cuidados 1

		<p>verbal [gestos, recurso a quadros de figuras];</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fazer perguntas simples; • Usar discurso simples, claro, preciso e adaptado ao contexto, preocupações e interesses do utente; • Falar calmamente com o utente; • Explicar todos os procedimentos ao utente, de forma que possa compreender; • Não interromper o utente na comunicação, nem substituir as palavras para que não se sinta frustrado; • Manter sempre o contato visual. • Treinar a nomeação e repetição de palavras; • Ensinar e treinar o utente e família estratégias comunicacionais alternativas [recurso aos gestos e quadros de figuras]; • Treinar com o utente, a articulação da linguagem, recorrendo aos exercícios orofaciais durante os períodos de compreensão presente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desvantagem comunicacional: o utente e sua família desenvolveram mestria no uso de estratégias comunicacionais alternativas e são raras as situações em que a comunicação é ineficaz (em situações em que o utente solicita ou manifesta novas necessidades, que fujam à sua rotina); estas estratégias também se revelaram eficazes na comunicação do utente com os profissionais de saúde.
--	--	---	--

Plano de Cuidados 1

<p>2 – Comer e Beber</p> <p>Dependente em grau moderado nos autocuidados comer e beber, relacionado com o défice de força no braço direito</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma nutrição adequada; • Promover a independência do utente nos autocuidados comer e beber, até ao momento da alta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Providenciar refeições fracionadas [ajuda moderada nos autocuidados comer e beber – MiF=3]; • Incentivar o utente a alimentar-se sozinho, utilizando a mão menos afetada; • Vigiar a refeição para avaliar a evolução no grau de dependência no autocuidado comer e beber e validar a quantidade de refeição ingerida, alimentos preferidos; • Encorajar o uso do hemicorpo afetado, colocando o braço direito alinhado em cima da mesa ao lado do prato em posição funcional, com os alimentos cortados, como estímulo visual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente dependente em grau moderado nos autocuidados comer e beber, necessitando de ajuda mínima - MiF=4; • Utente apresenta nutrição adequada, alimentando-se com a totalidade das refeições providenciadas.
<p>3 – Eliminação</p> <p>3.1 – Risco de Retenção Urinária</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover conforto e padrão de eliminação vesical adequado; até ao momento da alta; 	<ul style="list-style-type: none"> • Otimizar algália, obtendo o melhor resultado da sua funcionalidade, corrigindo posicionamentos da algália e saco coletor de urina inadequados; • Monitorizar eliminação vesical (1 x turno); • Vigiar eliminação vesical, observando características e quantidade da urina no saco coletor; 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente solicita o urinol sempre que tem necessidade de eliminação vesical.

Plano de Cuidados 1

<p>3.2 – Incontinência Fecal</p>	<ul style="list-style-type: none"> Promover conforto e padrão de eliminação intestinal adequado, até ao momento da alta. 	<ul style="list-style-type: none"> Remover algália [24-10-2013]; Iniciar treino vesical, providenciando o urinol ou orientando o utente para o uso do sanitário de 2 em 2 horas. Aplicar fralda, por perda involuntária de fezes; Otimizar fralda, colocando-a de forma a obter o melhor resultado da sua funcionalidade; Vigiar eliminação intestinal, observando as características e quantidade de fezes; Iniciar treino intestinal, orientando o utente para o uso do sanitário após o jantar [tendo em conta o seu padrão intestinal]. 	<ul style="list-style-type: none"> Utente solicita o uso do sanitário quando apresenta necessidade de eliminação intestinal, mas nem sempre é eficaz, pois mantém descontrolo de esfíncter anal.
<p>4 – Ir ao Sanitário Dependente em grau elevado no autocuidado ir ao sanitário, relacionado com parésia do hemicorpo direito, manifestado por incapacidade de se transferir da cadeira de rodas para a sanita.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Promover a independência do utente no autocuidado ir ao sanitário, até ao momento da alta; Prevenir quedas. 	<ul style="list-style-type: none"> Transferir o utente da cadeira de rodas para a sanita [ajuda total – MiF=1]; Transferir o utente da sanita para a cadeira de rodas [ajuda total – MiF=1]; Treinar o utente nas transferências entre cadeira de rodas e sanita, para que seja efetuada em segurança. 	<ul style="list-style-type: none"> Utente dependente em grau moderado no autocuidado ir ao sanitário, necessitando de ajuda moderada MiF=3.

Plano de Cuidados 1

<p>5 – Higiene e Vestuário</p> <p>Dependente em grau elevado nos autocuidados higiene e vestuário, relacionado com parésia do hemicorpo direito de predomínio braquial, manifestado por incapacidade neuromuscular para lavar e cuidar a totalidade do seu corpo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover conforto; • Promover a independência do utente nos autocuidados higiene e vestuário e que demonstre capacidade para lavar e secar as partes do corpo que consegue alcançar sentado, de 2 em 2 semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dar banho no chuveiro, na cadeira de banho [ajuda total – MiF=1], incentivando o utente a participar nos seus cuidados de higiene dentro das atividades que consegue realizar com a mão menos afetada; • Nomear todas as partes do corpo durante a sua higiene, para facilitar e reintegração do esquema corporal; • Lavar o períneo [ajuda total – MiF=1]; • Vestir a pessoa da cintura para cima [ajuda total – MiF=1]; • Vestir a pessoa da cintura para baixo [ajuda total – MiF=1]; • Calçar a pessoa [ajuda total – MiF=1]; • Auxiliar no lavar os dentes, barbear e pentear [ajuda moderada – MiF=3]; • Incentivar o utente a participar ativamente nos autocuidados higiene e vestuário; • Iniciar treino de higiene e vestuário, progressivamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente dependente em grau elevado no autocuidado do banho [ajuda máxima – MiF=2]; • Utente dependente em grau moderado no lavar o períneo [ajuda moderada – MiF=3]; • Utente dependente em grau moderado no vestir-se e despir-se da cintura para cima [ajuda mínima – MiF=4]; • Utente dependente em grau elevado no vestir-se e despir-se da cintura para baixo [ajuda máxima – MiF=2]; • Utente dependente em grau elevado no calçar-se [ajuda máxima – MiF=2]; • Utente dependente em grau moderado no lavar os dentes, barbear-se e pentear-se [ajuda mínima – MiF=4].
--	--	---	--

Plano de Cuidados 1

<p>6 – Atividade Motora</p> <p>6.1 – Parésia da perna direita e plegia do braço direito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir limitações da amplitude articular e que o utente consiga manter a amplitude e capacidade de movimento em todos os segmentos corporais; 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar calmamente todos os procedimentos ao utente; • Mobilizar todos os segmentos corporais no hemicorpo direito, através de mobilizações passivas; • Mobilizar todos os segmentos corporais do hemicorpo esquerdo, através de mobilizações ativas assistidas [relacionado com o défice de compreensão por períodos, o utente não consegue realizar mobilizações ativas de forma continuada]; • Incentivar a participação ativa do utente nas mobilizações, insistindo na necessidade de acompanhar visualmente os movimentos para facilitar a participação e o engrama corporal; 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente mantém as mesmas amplitudes articulares em relação à avaliação inicial; • Utente consegue realizar mobilizações ativas assistidas com a perna direita e ativas com braço e perna esquerdos; • Força muscular do braço direito aumentou para o nível 1/5 na Escala e Lower;
<p>6.2 – Espasticidade presente na perna direita [grau=1 na Escala Modificada de Ashworth].</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover posicionamento anti-espástico e que o utente consiga aumentar a força muscular e reduzir os efeitos da espasticidade através das mobilizações e posicionamentos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionar o utente deitado no leito e sentado na cadeira de rodas com superfície de trabalho, em posição anti-espástica [ajuda total – MiF=1]; • Aplicar tala pneumática na perna direita; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantém espasticidade na perna direita [grau=1 na Escala Modificada de Ashworth], restantes segmentos corporais com tónus muscular normal;

Plano de Cuidados 1

6.3 – Dependente em grau elevado no transferir-se.	<ul style="list-style-type: none"> Promover transferências do utente em segurança; Promover a independência do utente no transferir-se, até ao momento da alta; 	<ul style="list-style-type: none"> Transferir o utente de uma superfície para outra [ajuda total – MiF=1]; Treinar o equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado; Treinar o equilíbrio estático na posição de pé [<i>standing frame</i>]; Treinar as transferências entre superfícies; 	<ul style="list-style-type: none"> O utente consegue posicionar-se no leito e cadeira de rodas com ajuda máxima [MiF=2]; O utente consegue transferir-se entre superfícies com ajuda máxima [MiF=2];
6.4 – Equilíbrio estático alterado na posição de sentado.	<ul style="list-style-type: none"> Promover o aumento do equilíbrio do utente até ao momento da alta; Prevenir quedas; 	<ul style="list-style-type: none"> Treinar o equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado; Treinar o equilíbrio estático na posição de pé [<i>standing frame</i>]; Restringir a ação do utente (imobilização da cintura na posição de sentado); Elevar grades da cama; 	<ul style="list-style-type: none"> Utente apresenta equilíbrio eficaz estático e dinâmico na posição de sentado e estático na posição de pé, por curtos períodos;
6.5 – Sensibilidade alterada [possível] no hemicorpo direito, relacionado com o comprometimento neurológico.	<ul style="list-style-type: none"> Promover a sensibilidade no hemicorpo direito. 	<ul style="list-style-type: none"> Massajar segmentos corporais do hemicorpo direito; Estimular a sensibilidade tátil, através do contato dos segmentos corporais com diferentes texturas. 	<ul style="list-style-type: none"> Não respondeu a nenhum estímulo aquando da avaliação superficial tátil e térmica e sensibilidade profunda, por barestesia [neste momento apresentava compreensão presente].

Plano de Cuidados 1

<p>7 – Risco de Úlcera de Pressão</p> <p>Risco de úlcera em grau elevado [Braden=14], nas proeminências ósseas do hemicorpo direito na posição de deitado e região sacrococcígea na posição de sentado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Prevenir úlceras de pressão 	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar risco de úlcera de pressão através da escala de Braden 1 x semana [protocolo de serviço]; Vigiar sinais de úlcera de pressão; Vigiar a pele; Vigiar zona proeminência óssea e tegumentos; Aplicar creme; Alternar posicionamentos de 3 em 3 horas [ajuda total – MiF=1]; Manter pele limpa e seca; Vigiar o aporte proteico na ingestão de alimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> Mantém integridade cutânea.
--	---	--	---

Plano de Cuidados 2

Nome: M. J. S.

Sexo: feminino

Idade: 64 anos

Data de Admissão no CMR: 26-08-2013

Escolaridade: 4.^a ano

Profissão: Doméstica/ reformada

Contexto familiar: Tem três filhos, seis netos e vive com o marido.

Caraterísticas da habitação: Vivenda R/C sem degraus no interior e exterior; casa de banho com banheira.

Antecedentes Pessoais: Hipertensão Arterial, Dislipidémia, Insuficiência Venosa Profunda, Síndrome Vertiginosa, Psoríase, Osteoporose, fratura de Colles à direita há 6 anos e Histerectomia aos 38 anos de idade.

A 08 de julho de 2013 teve episódio de AVC isquémico no território da Artéria Cerebral Média esquerda, do qual resultou hemiparesia direita (braço direito plégico e perna direita com força muscular 1/5 na escala de Lower), afasia de Broca com estereótipo “lá”.

Antes deste episódio era autónoma e independente e cuidava dos netos em casa.

Após alta de um Hospital da margem sul do Tejo (tempo de internamento de cerca de 1 mês) realizou numa clínica privada, fisioterapia diária e terapia da fala 3 vezes por semana até à data em que foi internada no CMR.

Avaliação a 14-10-2013:

Estado de consciência (Escala de Glasgow): score=15; utente consciente.

Orientação: utente orientada em relação à própria pessoa, tempo e espaço.

Atenção: utente apresenta a atenção mantida, pois consegue participar e concentrar-se em todas as atividades, executando-as do início ao fim.

Memória: mantém a memória sensorial, imediata, recente e remota sem alterações.

Linguagem: discurso espontâneo, nomeação, repetição de palavras e escrita ausentes; apresenta leitura e compreensão presentes.

Plano de Cuidados 2

Capacidades Práticas: utente executou gestos icónicos por imitação com a mão esquerda, revelando capacidades práticas inalteradas.

Força muscular (Escala de Lower): Perna direita nível 3/5; Braço direito nível 1/5; restantes segmentos corporais nível 4/5.

Sensibilidade Avaliada sensibilidade superficial tátil, térmica e dolorosa, e sensibilidade profunda através da barestesia, que se encontram diminuídas (hipoestesia tátil e hipoalgesia) no hemicorpo direito.

Amplitude Articular: Articulações metacarpofalangeanas da mão direita com amplitude de movimento de 90° em flexão e 45° em extensão; a articulação do punho direito com amplitude de aproximadamente 90° em flexão, 30° em extensão, 30° em desvio cubital e sem amplitude de movimento em desvio radial. O cotovelo direito com amplitude de 145° em flexão. O ombro direito com amplitude de 135° em flexão, a abdução não ultrapassa os 90°. A articulação tibiotársica direita com amplitude de movimento muito limitada em flexão plantar e eversão. O joelho direito com 90° de amplitude em flexão. A articulação coxo-femural direita com 90° de amplitude em flexão. Amplitudes articulares normais dos segmentos corporais do hemicorpo esquerdo.

Espasticidade: tónus muscular grau 1+ na escala Modificada de Ashworth, na articulação tibiotársica direita.

Equilíbrio: pontuação=16 em 56 na escala de Berg; equilíbrio dinâmico em pé alterado.

Perceção da doença pela utente e família:

Utente apresenta otimismo como condição pessoal, o que facilita a forma como encara a doença e as incapacidades decorrentes, que facilita o seu processo de transição. A família está disponível e consciente das adaptações que terão que ser feitas a todos os níveis, demonstrando também otimismo em relação ao futuro.

Plano de Cuidados 2

PLANO DE CUIDADOS			
PROBLEMAS REAIS E/OU POTENCIAIS 14-10-2013	OBJETIVOS/ RESULTADOS ESPERADOS	AÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS 06-11-2013 (dia da alta)
1 – Comunicação Comunicação alterada: Afasia de Broca <ul style="list-style-type: none"> • Discurso espontâneo: ausente; • Nomeação: ausente; • Repetição de palavras: ausente; • Leitura: presente; • Escrita: ausente; • Compreensão: presente; • Desvantagem comunicacional: presente, por alguns períodos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma comunicação verbal e/ou não-verbal eficaz, com evolução favorável até ao momento da alta hospitalar; • Reduzir a desvantagem comunicacional; • Promover a interação social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover um ambiente tranquilo; • Apresentar-se à utente e chamá-la pelo nome preferido; • Dar tempo à utente para se expressar; • Motivar a utente para a comunicação e expressão verbal, abordando assuntos do seu interesse; • Otimizar a comunicação, obtendo o melhor resultado com as estratégias comunicacionais utilizadas; • Facilitar a comunicação recorrendo à linguagem não-verbal; 	<ul style="list-style-type: none"> • Discurso espontâneo: presente, apesar de que a utente tem que estar concentrada aquando do discurso, caso contrário expressa o estereótipo “lá”, que o substitui na sua totalidade; • Nomeação: ausente; • Repete diferentes palavras polissilábicas; • Leitura: presente; • Escrita: ausente; • Compreensão: presente; • Desvantagem comunicacional: como a utente mantinha a capacidade de leitura, o recurso a esquemas durante o seu discurso, onde se iam esquematizando os

Plano de Cuidados 2

		<ul style="list-style-type: none"> • Fazer perguntas simples; • Usar discurso simples, claro, preciso e adaptado ao contexto, preocupações e interesses da utente; • Falar calmamente com a utente; • Não interromper a utente na comunicação, nem substituir as palavras para que não se sinta frustrada; • Manter sempre o contato visual; • Treinar a nomeação e repetição de palavras; • Executar treino de vocabulário; • Treinar a comunicação e linguagem, recorrendo à esquematização de conceitos; • Treinar com a utente, a articulação da linguagem, recorrendo aos exercícios orofaciais. 	<p>conceitos expressos pela utente e analisando o seu significado, revelou-se uma estratégia eficaz na diminuição da sua desvantagem comunicacional.</p>
<p>2 – Comer e Beber</p> <p>Dependente em grau moderado no autocuidado comer e beber, relacionado com o défice de força no braço direito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma nutrição adequada; • Promover a independência da utente nos autocuidados 	<ul style="list-style-type: none"> • Providenciar refeições fracionadas [ajuda mínima nos autocuidados comer e beber – MiF=4]; • Incentivar a utente a alimentar-se sozinha, 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente dependente em grau reduzido nos autocuidados comer e beber, necessitando de supervisão - MiF=5; • Utente apresenta nutrição adequada, alimentando-se

Plano de Cuidados 2

	comer e beber, até ao momento da alta.	<p>utilizando a mão menos afetada;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigiar a refeição para avaliar a evolução no grau de dependência no autocuidado comer e beber e validar a quantidade de refeição ingerida, alimentos preferidos; • Encorajar o uso do hemicorpo afetado, colocando o braço direito alinhado em cima da mesa ao lado do prato em posição funcional, com os alimentos cortados, como estímulo visual. 	com a totalidade das refeições providenciadas.
3 – Eliminação 3.1 – Incontinência Urinária 3.2 – Incontinência Fecal	<ul style="list-style-type: none"> • Promover conforto e padrão de eliminação vesical adequado; até ao momento da alta; 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar eliminação vesical, observando características e quantidade da urina na fralda; • Incentivar ao controlo do esfíncter vesical [treino vesical], orientando a utente para o uso do sanitário, de 2 em 2 horas; • Aplicar fralda, por perda involuntária de fezes; 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente solicita o uso do sanitário sempre que tem necessidade de eliminação vesical, revelando controlo eficaz do esfíncter vesical.

Plano de Cuidados 2

	<ul style="list-style-type: none"> Promover conforto e padrão de eliminação intestinal adequado, até ao momento da alta. 	<ul style="list-style-type: none"> Otimizar fralda, colocando-a de forma a obter o melhor resultado da sua funcionalidade; Vigiar eliminação intestinal, observando as características e quantidade de fezes; Incentivar ao controlo do esfíncter anal [treino intestinal], orientando a utente para o uso do sanitário 1xturno [tendo em conta o seu padrão intestinal]. 	<ul style="list-style-type: none"> Utente solicita o uso do sanitário sempre que apresenta necessidade de eliminação intestinal, revelando controlo eficaz do esfíncter anal.
4 – Ir ao Sanitário Dependente em grau moderado no autocuidado ir ao sanitário, relacionado com parésia do hemicorpo direito, manifestado por dificuldade em se transferir da cadeira de rodas para a sanita.	<ul style="list-style-type: none"> Promover a independência da utente no autocuidado ir ao sanitário, até ao momento da alta; Prevenir quedas. 	<ul style="list-style-type: none"> Auxiliar a utente a transferir-se da cadeira de rodas para a sanita, com ajuda mínima [MiF=4]; Auxiliar a utente a transferir-se da sanita para a cadeira de rodas com ajuda mínima [MiF=4]; Treinar a utente nas transferências entre cadeira de rodas e sanita, para que seja efetuada em segurança. 	<ul style="list-style-type: none"> Utente dependente em grau reduzido, necessitando de supervisão no autocuidado ir ao sanitário [MiF=5].

Plano de Cuidados 2

<p>5 – Higiene e Vestuário</p> <p>Dependente em grau moderado nos autocuidados higiene e vestuário, relacionado com parésia do hemicorpo direito de predomínio braquial manifestado por incapacidade neuromuscular para lavar e cuidar a totalidade do seu corpo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover conforto; • Promover a independência da utente nos autocuidados higiene e vestuário e que demonstre capacidade para lavar e secar as partes do corpo que consegue alcançar sentada, até ao momento da alta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar a utente no banho de chuveiro, na cadeira de banho [ajuda moderada – MiF=3], incentivando a utente a participar nos seus cuidados de higiene dentro das atividades que consegue realizar com a mão menos afetada; • Nomear todas as partes do corpo durante a sua higiene, para facilitar e reintegração do esquema corporal; • Auxiliar a utente a lavar o períneo [ajuda moderada – MiF=3]; • Auxiliar a utente a vestir-se da cintura para cima [ajuda moderada – MiF=3]; • Auxiliar a utente a vestir-se da cintura para baixo [ajuda moderada – MiF=3]; • Calçar a utente [ajuda total – MiF=1]; • Auxiliar no lavar os dentes, e pentear [ajuda moderada – MiF=3]; • Incentivar a utente a participar ativamente nos 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente dependente em grau moderado no autocuidado do banho [ajuda mínima – MiF=4]; • Utente dependente em grau reduzido no lavar o períneo [supervisão – MiF=5]; • Utente independente no autocuidado vestir-se e despir-se da cintura para cima [independência modificada – MiF=6]; • Utente dependente em grau moderado no vestir-se e despir-se da cintura para baixo [ajuda mínima – MiF=4]; • Utente dependente em grau moderado no calçar-se [ajuda moderada – MiF=3]; • Utente independente no lavar os dentes e pentear-se [independência completa – MiF=7].
--	---	--	---

Plano de Cuidados 2

		autocuidados higiene e vestuário; • Treinar com a utente os autocuidados higiene e vestuário.	
6 – Atividade Motora 6.1 - Parésia da perna direita e plegia do braço direito.	• Prevenir limitações da amplitude articular e que a utente consiga manter a amplitude e capacidade de movimento em todos os segmentos articulares;	• Explicar calmamente todos os procedimentos à utente; • Mobilizar o braço direito, através de mobilizações passivas; • Mobilizar a perna direita através de mobilizações ativas assistidas; • Mobilizar os segmentos corporais do hemicorpo esquerdo através de mobilizações ativas resistidas; • Assistir na realização de atividades terapêuticas no leito [rolar, ponte, rotação controlada da coxo-femural, auto-mobilizaçãodo braço direito com recurso ao esquerdo]; • Incentivar a participação ativa da utente nas mobilizações, insistindo na necessidade de acompanhar visualmente	• Utente mantém as mesmas amplitudes articulares em relação à avaliação inicial; • Utente consegue realizar mobilizações ativas com a perna direita, ativas resistidas com braço e perna esquerdos e auto-mobilizações de forma independente do braço direito;

Plano de Cuidados 2

<p>6.2 – Espasticidade presente na articulação tibiotársica direita [grau=1+ na Escala Modificada de Ashworth].</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover posicionamento anti-espástico e que a utente consiga aumentar a força muscular para o nível 4/5 (escala de Lower) na perna direita até ao momento da alta e reduzir os efeitos da espasticidade através das mobilizações e posicionamentos; 	<p>os movimentos para facilitar a participação e o engrama corporal;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a utente a posicionar-se no leito e na cadeira de rodas com superfície de trabalho, em posição anti-espástica [supervisão – MiF=5]; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantém espasticidade na articulação tibiotársica [grau=1+ na Escala Modificada de Ashworth], restantes segmentos corporais com tônus muscular normal;
<p>6.3 – Dependente em grau moderado no transferir-se.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover transferências da utente em segurança; • Promover a independência da utente no transferir-se, até ao momento da alta; 	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar a utente a transferir-se entre superfícies, com ajuda mínima [MiF=4]; • Treinar o equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada [relacionado com antecedentes de insuficiência venosa 	<ul style="list-style-type: none"> • A utente consegue posicionar-se no leito e cadeira de rodas com supervisão [MiF=5]; • A utente consegue transferir-se entre superfícies com ajuda mínima [MiF=4];

Plano de Cuidados 2

6.4 – Diminuição da sensibilidade superficial e profunda no hemicorpo direito.	<ul style="list-style-type: none"> Promover o aumento da sensibilidade da utente no hemicorpo direito; 	<p>profunda, sem indicação médica para treinar o equilíbrio na posição de pé];</p> <ul style="list-style-type: none"> Treinar as transferências entre superfícies; 	<ul style="list-style-type: none"> Utente com sensibilidade superficial e profunda presentes;
6.5 – Equilíbrio dinâmico em pé alterado.	<ul style="list-style-type: none"> Promover transferências da utente em segurança; Promover o aumento do equilíbrio da utente, até ao momento da alta; Prevenir quedas. 	<ul style="list-style-type: none"> Massajar segmentos corporais do hemicorpo direito; Estimular a sensibilidade táctil, através do contato dos segmentos corporais com diferentes texturas. Treinar o equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada [relacionado com antecedentes de insuficiência venosa profunda, sem indicação médica para treinar o equilíbrio na posição de pé]; Elevar grades da cama. 	<ul style="list-style-type: none"> Utente apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada e estático na posição de pé, eficazes.
7 – Risco de Úlcera de Pressão Risco de úlcera de pressão em grau elevado (Braden=16), nomeadamente na	<ul style="list-style-type: none"> Prevenir úlceras de pressão 	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar risco de úlcera de pressão através da escala de Braden 1 x semana [protocolo do serviço]; 	<ul style="list-style-type: none"> Mantém integridade cutânea.

Plano de Cuidados 2

região sacrococcígea na posição de sentada.		<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar sinais de úlcera de pressão; • Vigiar a pele; • Vigiar zona proeminência óssea e tegumentos; • Aplicar creme; • Incentivar a utente a alternar posicionamentos; • Manter pele limpa e seca; • Vigiar o aporte proteico na ingestão de alimentos. 	
8 – Edema Risco de edema em ambas as pernas	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir edema. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar sinais de edema; • Vigiar sinais de tromboflebite; • Massajar ambas as pernas 1x dia antes de dormir; • Elevar ambas as pernas na posição de deitada; • Treinar a marcha por curtos percursos, para favorecer retorno venoso, com o apoio de uma pessoa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Edema ausente em ambas as pernas.

Plano de Cuidados 3

Nome: C. S.

Sexo: masculino

Idade: 32 anos

Data de Admissão no CMR: 10-10-2013

Profissão: Guia Turístico

Contexto familiar: Tem residência em Portimão onde morava com a namorada antes do episódio de doença. Tem visitas frequentes no CMR da mãe e da única irmã, que moram na Amadora.

Caraterísticas da habitação: Mãe refere que estão em execução obras em sua casa, para adaptar às novas necessidades do utente.

Antecedentes Pessoais: Sem antecedentes pessoais. A 30 de julho de 2013 durante treino mais intenso no ginásio, teve perda de consciência e foi levado para o Hospital de Faro, onde lhe foi diagnosticado hematoma no cerebelo com hipertensão da fossa posterior e hidrocefalia. Foi submetido a craniectomia da fossa posterior e drenagem do hematoma. Diagnosticou-se que a causa está relacionada com malformação arteriovenosa cerebelosa esquerda. A 01 de setembro foi transferido para o Serviço de Neurologia de um Hospital de Lisboa (Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais) onde esteve internado até ser transferido para o CMR.

Durante o internamento no Hospital de Lisboa sofreu AVC isquémico no território da artéria cerebral média esquerda. Resultou hemiplegia direita (braço e perna), paralisia facial central e afasia global.

Avaliação a 31-10-2013:

Estado de consciência (Escala de Glasgow): score=15; utente consciente.

Orientação: utente orientado em relação à própria pessoa e espaço; desorientado relativamente ao tempo.

Atenção: utente apresenta a atenção alterada, não conseguindo participar e concentrar-se em todas as atividades, do início ao fim.

Plano de Cuidados 3

Memória: relacionado com a afasia global (défice de compreensão e expressão) não foi possível avaliar com rigor a memória, imediata e recente. Aparentemente mantém a memória sensorial e remota sem alterações, pois respondeu a estímulos auditivos e consegue reconhecer todos os familiares e relacioná-los com situações prévias ao episódio de AVC.

Linguagem: discurso espontâneo, nomeação, repetição de palavras, leitura e escrita ausentes; apresenta compreensão presente por curtos períodos. Expressa verbalmente algumas palavras simples (“sim”, “não”) quando questionado; não apresenta mutismo, pois demonstra pretensão em comunicar.

Capacidades Práticas: avaliadas nos momentos em que o utente apresentava a compreensão presente; utente executou gestos icónicos por imitação com a mão esquerda, revelando capacidades práticas inalteradas.

Força muscular (Escala de Lower): Perna direita nível 3/5; Braço direito nível 3/5; restantes segmentos corporais nível 4/5.

Sensibilidade Avaliada sensibilidade superficial tátil, térmica e dolorosa, e sensibilidade profunda através da barestesia, que se encontram diminuídas (hipoestesia tátil e hipoalgesia) na mão e pé direitos.

Amplitude Articular: Articulações metacarpofalangeanas da mão direita com amplitude de movimento de 90º em flexão e cerca de 20º em extensão; a articulação do punho direito com amplitude de aproximadamente 90º em flexão e sem movimento articular em extensão, cerca de 20º em desvio cubital e sem amplitude de movimento em desvio radial. O cotovelo direito com amplitude de 145º em flexão. O ombro direito com amplitude de aproximadamente 180º em flexão e 135º em abdução. A articulação tibiotársica direita com amplitude de movimento muito limitada em flexão plantar e eversão e cerca de 20º em dorsi-flexão. O joelho com 120º de amplitude em flexão. A articulação coxo-femural direita com 90º de amplitude em flexão. Amplitudes articulares normais dos segmentos corporais do hemicorpo esquerdo.

Espasticidade: tónus muscular grau 2 na escala Modificada de Ashworth, na articulação tibiotársica direita e nas articulações metacarpofalangeanas e interfalangeanas da mão direita.

Equilíbrio: pontuação=7 em 56 na escala de Berg; equilíbrio dinâmico sentado alterado.

Plano de Cuidados 3

Perceção da doença pelo utente e família:

Utente ainda se apresenta alheado em relação à sua condição atual, apresentando raramente alguma frustração quando realmente se apercebe das suas limitações. A família demonstra otimismo em relação à evolução da doença do utente.

PLANO DE CUIDADOS			
PROBLEMAS REAIS E/OU POTENCIAIS 31-10-2013	OBJETIVOS/ RESULTADOS ESPERADOS	AÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS 16-12-2013
1 – Comunicação Comunicação alterada: Afasia Global <ul style="list-style-type: none"> • Discurso espontâneo: ausente • Nomeação: ausente • Repetição de palavras: ausente • Leitura: ausente • Escrita: ausente • Compreensão: presente por períodos • Desvantagem comunicacional: presente 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma comunicação verbal e/ou não-verbal eficaz, com evolução favorável até ao momento da alta hospitalar; • Reduzir a desvantagem comunicacional; • Promover a interação social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover um ambiente tranquilo; • Apresentar-se ao utente e chamá-lo pelo nome preferido; • Dar tempo ao utente para se expressar; • Motivar o utente para a comunicação e expressão verbal, abordando assuntos do seu interesse; • Otimizar a comunicação, obtendo o melhor resultado com as estratégias comunicacionais utilizadas; • Facilitar a comunicação recorrendo à linguagem não-verbal [gestos, recurso a quadros de figuras]; • Fazer perguntas simples; • Usar discurso simples, claro, preciso e adaptado ao contexto, 	<ul style="list-style-type: none"> • Discurso espontâneo: presente [frases simples e curtas]; • Nomeação: presente [pelo menos, quatro palavras]; • Repetição de palavras [algumas palavras polissilábicas]; • Leitura: presente; • Escrita: ausente; • Compreensão: presente; • Desvantagem comunicacional: o utente conseguiu

Plano de Cuidados 3

		<p>preocupações e interesses do utente;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falar calmamente com o utente; • Explicar todos os procedimentos ao utente, de forma que possa compreender; • Não interromper o utente na comunicação, nem substituir as palavras para que não se sinta frustrado; • Manter sempre o contato visual. • Treinar a nomeação e repetição de palavras [1xdia durante uma hora]; • Iniciar treino de vocabulário [26-11-2013 utente recuperou capacidade de leitura]; • Ensinar e treinar o utente e família estratégias comunicacionais alternativas [recurso aos gestos e quadros de figuras]; • Treinar com o utente, a articulação da linguagem, recorrendo aos exercícios orofaciais durante os períodos de compreensão presente. 	<p>desenvolver linguagem verbal, que se revelou suficiente para diminuir a desvantagem comunicacional; também conseguiu desenvolver junto da sua família e profissionais de saúde, mestria no uso de estratégias comunicacionais alternativas, que tornaram todos os momentos de comunicação eficazes.</p>
<p>2 – Atenção Atenção diminuída</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o aumento da atenção nas atividades, com evolução favorável semanal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Captar a atenção do utente através de estímulos verbais; • Estimular a atenção do utente desenvolvendo atividades terapêuticas e/ou abordando assuntos do seu interesse. • Recorrer à Terapia de Orientação para a Realidade, para treinar a 	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção presente.

Plano de Cuidados 3

		atenção do utente [durante três dias, trinta minutos].	
3 – Comer e Beber Dependente em grau moderado no autocuidado comer e beber, relacionado com o défice de força no braço direito.	<ul style="list-style-type: none"> Promover uma nutrição adequada; Promover a independência do utente nos autocuidados comer e beber, até ao momento da alta. 	<ul style="list-style-type: none"> Providenciar refeições fracionadas [ajuda moderada nos autocuidados comer e beber – MiF=3]; Incentivar o utente a alimentar-se sozinho, utilizando a mão menos afetada; Vigiar a refeição para avaliar a evolução no grau de dependência no autocuidado comer e beber e validar a quantidade de refeição ingerida, alimentos preferidos; Encorajar o uso do hemicorpo afetado, colocando o braço direito alinhado em cima da mesa ao lado do prato em posição funcional, com os alimentos cortados, como estímulo visual. 	<ul style="list-style-type: none"> Utente dependente em grau reduzido nos autocuidados comer e beber, necessitando de supervisão - MiF=5; Utente apresenta nutrição adequada, alimentando-se com a totalidade das refeições providenciadas.
4 – Eliminação 4.1 – Incontinência Urinária	<ul style="list-style-type: none"> Promover conforto e controlo da eliminação vesical, até ao momento da alta hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> Vigiar eliminação vesical, observando características e quantidade da urina na fralda; Disponibilizar urinol e incentivar o seu uso, colocando-o sempre ao alcance do utente; Incentivar ao controlo do esfíncter vesical, orientando o utente para o uso do sanitário de 2 em 2 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> Utente usa o urinol ou solicita o uso do sanitário sempre que tem necessidade de eliminação vesical.

Plano de Cuidados 3

<p>5 – Ir ao Sanitário</p> <p>Dependente em grau elevado no autocuidado ir ao sanitário, relacionado com equilíbrio em pé ineficaz, manifestado por incapacidade de se transferir da cadeira de rodas para a sanita em segurança.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a independência do utente no autocuidado ir ao sanitário, até ao momento da alta; • Prevenir quedas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Transferir o utente da cadeira de rodas para a sanita [ajuda máxima – MiF=2]; • Transferir o utente da sanita para a cadeira de rodas [ajuda máxima – MiF=2]; • Treinar o utente nas transferências entre cadeira de rodas e sanita, para que seja efetuada em segurança. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente dependente em grau moderado no autocuidado ir ao sanitário, necessitando de ajuda moderada MiF=3.
<p>6 – Higiene e Vestuário</p> <p>Dependente em grau moderado nos autocuidados higiene e vestuário, relacionado com parésia do hemicorpo direito de predomínio braquial manifestado por incapacidade neuromuscular para lavar e cuidar a totalidade do seu corpo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover conforto; • Promover a independência da utente nos autocuidados higiene e vestuário e demonstre capacidade para lavar e secar as partes do corpo que consegue alcançar sentado, de 2 em 2 semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dar banho no chuveiro, na cadeira de banho [ajuda máxima – MiF=2], incentivando o utente a participar nos seus cuidados de higiene dentro das atividades que consegue realizar com a mão menos afetada; • Nomear todas as partes do corpo durante a sua higiene, para facilitar e reintegração do esquema corporal; • Auxiliar o utente a lavar o períneo [ajuda moderada – MiF=3]; • Auxiliar o utente a vestir-se da cintura para cima [ajuda moderada – MiF=3]; • Vestir o utente da cintura para baixo [ajuda total – MiF=1, relacionado com o equilíbrio dinâmico sentado ineficaz]; • Calçar o utente [ajuda total – MiF=1, relacionado com o equilíbrio dinâmico sentado ineficaz]; 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente dependente em grau moderado no autocuidado do banho [ajuda moderada – MiF=3]; • Utente dependente em grau moderado no lavar o períneo [ajuda mínima – MiF=4]; • Utente dependente em grau moderado no vestir-se e despir-se da cintura para cima [ajuda mínima – MiF=4]; • Utente dependente em grau moderado no vestir-se e despir-se da cintura para baixo

Plano de Cuidados 3

		<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar no lavar os dentes, barbear e pentear [ajuda moderada – MiF=3]; • Incentivar o utente a participar ativamente nos autocuidados higiene e vestuário; • Treinar os autocuidados higiene e vestuário. 	<p>[ajuda moderada – MiF=3];</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utente dependente em grau moderado no calçar-se [ajuda moderada – MiF=3]; • Utente dependente em grau moderado no lavar os dentes e barbear-se [ajuda mínima – MiF=4] e dependente em grau reduzido no pentear-se [supervisão – MiF=5].
<p>7 – Atividade Motora</p> <p>7.1 – Parésia da perna e do braço, lado direito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir limitações da amplitude articular e que o utente consiga manter a amplitude e capacidade de movimento em todos os segmentos corporais; 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar calmamente todos os procedimentos ao utente; • Mobilizar todos os segmentos corporais no hemisfério direito, através de mobilizações passivas [devido ao défice de atenção na realização das atividades, não são possíveis as mobilizações ativas assistidas, apesar de o utente ter capacidade motora para tal]; • Mobilizar todos os segmentos corporais do hemisfério esquerdo, através de mobilizações ativas assistidas [devido ao défice de atenção, o utente não consegue realizar mobilizações ativas resistidas de forma continuada]; 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente mantém as mesmas amplitudes articulares em relação à avaliação inicial; • Utente consegue realizar mobilizações ativas com a perna direita, ativas resistidas com braço e perna esquerdos e auto-mobilizações de forma independente do braço direito; • Força muscular da perna direita aumentou para o nível 4/5 na escala de Lower;

Plano de Cuidados 3

<p>7.2 – Espasticidade presente nas articulações metacarpofalangeanas e interfalangeanas da mão direita e tibiotársica direita (grau 2 na escala Modificada de Ashworth).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Promover posicionamento anti-espástico e que o utente consiga aumentar e controlar a força muscular e reduzir os efeitos da espasticidade através das mobilizações e posicionamentos; 	<ul style="list-style-type: none"> Assistir e incentivar na realização de atividades terapêuticas no leito [rolar, ponte, rotação controlada da coxo-femural, auto-mobilizaçãodo braço direito com recurso ao esquerdo]; Incentivar a participação ativa do utente nas mobilizações, insistindo na necessidade de acompanhar visualmente os movimentos para facilitar a participação e o engrama corporal; Auxiliar o utente a deitar-se no leito e sentar-se na cadeira de rodas com superfície de trabalho, em posição anti-espástica [ajuda moderada – MiF=3]; Aplicar tala pneumática no braço direito [30 minutos/dia]; Orientar o utente para a equipa interdisciplinar, por aumento progressivo da espasticidade [a 10-11-2013 grau 3 na escala Modificada de Ashworth nas articulações metacarpofalangeanas e interfalangeanas da mão direita]. 	<ul style="list-style-type: none"> Diminuiu a espasticidade nas articulações metacarpofalangeanas e interfalangeanas da mão direita e mantém a mesma espasticidade na tibiotársica direita [grau=2 na Escala Modificada de Ashworth], restantes segmentos corporais com tônus muscular normal; O utente consegue posicionar-se no leito e cadeira de rodas com ajuda mínima [MiF=4];
<p>7.3 – Dependente em grau elevado no transferir-se.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Promover transferências do utente em segurança; 	<ul style="list-style-type: none"> Transferir o utente de uma superfície para outra [ajuda máxima – MiF=2]; Treinar o equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado; 	

Plano de Cuidados 3

<p>7.4 – Diminuição da sensibilidade superficial e profunda no pé e mão direitos.</p> <p>7.5 – Equilíbrio dinâmico sentado e estático em pé alterado (Escala de Berg=7).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a independência do utente no transferir-se, até ao momento da alta; • Promover o aumento da sensibilidade do utente, progressivamente; • Promover o aumento do equilíbrio do utente, até ao momento da alta; • Prevenir quedas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar o equilíbrio estático na posição de pé [<i>standing frame</i>]; • Treinar as transferências entre superfícies; • Treinar a marcha com apoio de duas pessoas; • Massajar segmentos corporais do hemicorpo direito, nomeadamente a mão e o pé; • Estimular a sensibilidade tátil, através do contato dos segmentos corporais com diferentes texturas. • Treinar o equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado; • Treinar o equilíbrio estático na posição de pé [<i>standing frame</i>] e o equilíbrio dinâmico na posição de pé, através de atividades de rotação do tronco [apoio lateral de duas pessoas]. • Elevar grades da cama. 	<ul style="list-style-type: none"> • O utente consegue transferir-se entre superfícies com ajuda mínima [MiF=4]; • Utente recuperou a sensibilidade superficial e profunda no pé direito; • Utente apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada e estático na posição de pé (por curtos períodos), eficazes (Escala de Berg=18).
<p>7 – Risco de Úlcera de Pressão</p> <p>Risco de úlcera de pressão em grau reduzido (Braden=19), nas proeminências ósseas, nomeadamente na região sacrococcígea, relacionado com</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir úlceras de pressão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar risco de úlcera de pressão através da escala de Braden 15 em 15 dias [protocolo de serviço]; • Vigiar sinais de úlcera de pressão; • Vigiar a pele; • Vigiar zona proeminência óssea e tegumentos; • Aplicar creme; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantém integridade cutânea.

Plano de Cuidados 3

maiores períodos na posição de sentado.		<ul style="list-style-type: none">• Incentivar o utente a alternar posicionamentos;• Manter pele limpa e seca;• Vigiar o aporte proteico na ingestão de alimentos.	
---	--	--	--

Nome: A. N.

Sexo: feminino

Idade: 53 anos

Data de Admissão no CMR: 06-11-2013

Escolaridade: Licenciatura Economia

Profissão: Técnica Oficial de Contas

Contexto familiar: Divorciada. Tem dois filhos e vive com o mais novo que é estudante e tem 20 anos.

Caraterísticas da habitação: Apartamento num prédio com elevador, onde circula uma cadeira de rodas sem dificuldade. Casa de banho com banheira.

Antecedentes Pessoais: Obesidade, tabagismo, HTA, dislipidémia mista, anemia ferropénica relacionada com metrorragias (pólipo do endocolo excisado, sarcomatose uterina em estudo).

A 27-09-2013 teve episódio de AVC no território da Artéria Cerebral Média esquerda, que resultou em hemiplegia à direita e afasia global (comprometimento ao nível da expressão e da compreensão; discurso ininteligível, com a prosódia mantida, perturbação da nomeação, identificação e na associação da palavra ao objeto.

Ficou internada num Hospital de Lisboa até ser admitida no CMR.

Perceção da doença pela utente e família:

Utente motivada a participar no programa de reabilitação e demonstra otimismo na sua recuperação, sentimentos que são partilhados pelo filho mais velho que a visita com frequência e colabora no programa de reabilitação.

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	Método e Recursos	Avaliação da Utente 21-11-2013
ESTADO DE CONSCIÊNCIA	Aplicação da Escala de Glasgow	15
ESTADO DE ORIENTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Autopsíquica – questões relativas à própria pessoa; • Alopsíquica – questões relacionadas com a orientação no tempo e no espaço. 	Utente orientada auto e alopsiquicamente.
ATENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilância (foco de atenção para estímulos externos: hipervigil ou hipovigil); • Tenacidade (capacidade de manutenção da atenção) – solicitar à pessoa que bata na mesa cada vez que se diga a letra A, entre uma série de letras aleatórias; • Concentração (capacidade de manutenção da atenção voluntária em processos internos de pensamento) – testar através da subtração consecutiva do número 7 a partir do número 100. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente apresenta estado de vigilância normal; • Tenacidade presente; • Impossibilidade de avaliar a concentração através deste teste, devido à afasia. No entanto, utente mantém concentração durante as atividades realizadas.
MEMÓRIA	<ul style="list-style-type: none"> • Sensorial (informação recebida dos órgãos e retida durante 0,5’’); • Imediata (registro de informações ouvidas nos últimos 15 a 20’’) – pedir à pessoa que repita uma sequência de algarismos; • Recente (Curto prazo: 5’ a 10’ – pedir à pessoa que retenha três palavras e repita 5’ depois; e longo prazo: mais de 30’ – questões acerca de refeições, tais como o que comeu ao almoço); • Remota (retenção permanente de informação) – questões relacionadas com eventos da vida passada da pessoa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Memória sensorial mantida; • Memória imediata mantida (apesar da difícil avaliação); • Memória recente mantida; • Memória remota mantida.

LINGUAGEM	<ul style="list-style-type: none"> • Discurso espontâneo – Diferenciar afasia de disartria através de teste de fonação (aaah), função dos lábios (pa pa pa), função da língua (ta ta ta) e função da laringe posterior (ca ca ca); - Questões acerca de temática conhecida da pessoa; • Compreensão – pedir à pessoa para seguir comandos ou questões que peçam respostas simples (sim ou não); • Nomeação – apresentar à pessoa por confrontação visual, objetos de uso comum e pedir-lhe que os nomeie; • Repetição – pedir à pessoa que repita palavras curtas; • Leitura – escrever em letras maiúsculas e legíveis algumas palavras e pedir à pessoa a sua leitura; • Linguagem elaborada – pedir à pessoa que defina palavras, apresentar sinónimos e antónimos; • Escrita – pedir à pessoa que escreva o seu nome e a seguir frases mais complexas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Discurso espontâneo ausente, apresentando o estereótipo “não”. • Compreensão mantida; • Nomeação ausente; • Repetição de palavras ausente, exceto recorrendo à entoação melódica; • Leitura presente; • Linguagem elaborada ausente; • Dificuldade na escrita, relacionada com a mão dominante nesta atividade ser a direita e utente ter que fazê-lo agora com a esquerda.
CAPACIDADES PRÁXICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar que a pessoa tem força, sensibilidade e coordenação conservadas; • Pedir para executar primeiro com uma mão e depois com a outra, gestos icónicos transitivos (como lavar os dentes) e gestos icónicos intransitivos (dizer adeus ou assobiar). 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidades práticas mantidas.
NEGLIGÊNCIA HEMIESPACIAL UNILATERAL (Hemisfério cerebral direito afetado)	<ul style="list-style-type: none"> • Prova de “barragem”; • Prova de desenho espontâneo. 	Não aplicável.
PARES CRANIANOS	<p>I – OLFATIVO</p> <p>- De olhos fechados, pede-se à pessoa que identifique o odor de modo bilateral, ocluindo uma narina e depois a outra, oferecendo cheiros familiares (café, por exemplo).</p> <p>- Despistar parosmia, hiposmia ou anosmia.</p> <p>II – ÓTICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sem alterações. • Sem alterações.

<p>PARES CRANIANOS</p>	<p>- Acuidade Visual, pedindo à pessoa que bilateralmente conte dedos a várias distâncias;</p> <p>- Campo Visual, pedindo à pessoa com um dos olhos fechados até que ângulo consegue observar um dedo (campo visual normal começa externamente a 60º, em relação à linha média e a 40º da linha nasal para dentro).</p> <p>III – ÓCULOMOTOR/ IV – PATÉTICO/ VI – MOTOR OCULAR EXTERNO</p> <p>- Recorrer à resposta pupilar através de estímulo luminoso;</p> <p>- Pesquisar movimentos conjugados do globo ocular, pedindo à pessoa seguir um dedo que desenha um H no espaço.</p> <p>V – TRIGÉMEO</p> <p>- A pessoa fecha os olhos e testa-se a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nas três divisões (oftálmica, maxilar e mandibular);</p> <p>- Teste do reflexo córneo-palpebral;</p> <p>- Observar movimentos dos músculos mastigadores e sua simetria.</p> <p>VII – FACIAL</p> <p>- Pesquisa de movimentos da face e sua simetria (apagamento do sulco nasogeniano, desvio comissura labial);</p> <p>- Pesquisa da dificuldade em manter saliva, alimentos no lado da boca afetado;</p> <p>- Pesquisa do paladar dos 2/3 anteriores da língua, usando açúcar, sal e limão, para despistar digeusia ou ageusia.</p> <p>VIII – ESTADO-ACÚSTICO</p> <p>- Divisão Coclear (acuidade auditiva): pessoa com os olhos fechados, estalam-se os dedos junto aos ouvidos bilateralmente;</p> <p>Teste de Rinne ou teste de Weber ou teste de Schwabach, recorrendo a um diapasão.</p> <p>- Divisão Vestibular: equilíbrio sentado e em pé estático e dinâmico;</p> <p>Teste de Romberg para pesquisa de equilíbrio estático em pé;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sem alterações. • Sem alterações. • Sem alterações. • Divisão coclear sem alterações. • Divisão vestibular alterada. Utente apresenta equilíbrio estático em pé ineficaz (Berg=15).
-------------------------------	--	---

	<p>Escala de Berg.</p> <p>IX – GLOSSOFARINGEO</p> <p>- Pesquisa de paladar no 1/3 posterior da língua (açúcar, sal).</p> <p>X – VAGO</p> <p>- Pesquisa do reflexo do vômito tocando com uma espátula na região posterior da língua e úvula.</p> <p>XI – ESPINHAL</p> <p>- Pesquisa da força muscular do esternocleidomastóideo e do trapézio.</p> <p>XII – GRANDE HIPOGLOSSO</p> <p>- Pesquisa dos movimentos da língua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sem alterações. Alterações presentes: ausência de reflexo de vômito. Sem alterações. Sem alterações.
MOTRICIDADE	<ul style="list-style-type: none"> Força Muscular dos vários segmentos corporais dos distais para os proximais, através da Escala de Lower; Amplitude Articular, utilizando um goniómetro; Tónus Muscular através da Escala Modificada de Ashworth; Coordenação Motora, despistando ataxia, através da Prova Índex-nariz para os membros superiores e a Prova Calcanhar Joelho para os membros inferiores; Sensibilidade Superficial (táctil com algodão ou compressa, térmica com objeto frio entre 4º a 10º C e dolorosa com ponta de caneta); Sensibilidade Profunda (sentido de pressão ou barestesia através compressão digital ou manual das massas musculares; sensibilidade vibratória ou palestesia através do uso do diapasão e sensibilidade postural, posicionando passivamente uma parte do corpo e pedir à pessoa que identifique a sua posição em relação ao próprio corpo); Equilíbrio através da pesquisa das funções do VIII par craniano – Estado-acústico; Marcha (avaliando risco de queda, amplitude de cada passo e os movimentos associados de balanço dos membros superiores). 	<ul style="list-style-type: none"> Força Muscular: Cabeça e pescoço=5/5 Dedos mão direita=1/5 Punho direito=1/5 Cotovelo direito=1/5 Ombro direito=0/5 Dedos pé direito=0/5 Tibiotársica direita=1/5 Joelho direito=1/5 Coxo-femural direita=2/5 Restantes segmentos corporais=5/5. Amplitude Articular: ver alínea a) Tónus Muscular: Dedos mão direita=2 Punho direito=2 Cotovelo direito=1+ Ombro direito=1 Dedos pé direito=0 Tibiotársica direita=1+ Joelho direito=1+ Coxo-femural direita=2 Coordenação alterada: prova índex-nariz positiva. Sensibilidade Superficial: Hemihipoestesia táctil e térmica à direita.

		<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade Profunda: Barestesia diminuída no hemicorpo direito. • Equilíbrio: Escala de Berg = 15 em 56 • Marcha incapaz.
--	--	---

- a) Amplitude Articular: Articulações interfalangeanas distais e proximais da mão direita com aproximadamente 90° em flexão; metacarpofalangeanas da mão direita com amplitude de movimento de 90° em flexão e 40° em extensão (movimento passivo); a articulação do punho direito com amplitude de aproximadamente 90° em flexão e sem movimento articular em extensão, cerca de 20° em desvio cubital e sem amplitude de movimento em desvio radial. O cotovelo direito com amplitude de 145° em flexão. O ombro direito com amplitude de aproximadamente 180° em flexão e 135° em abdução. A articulação tibiotársica direita com amplitude de movimento de 30° em flexão plantar e 5° em dorsiflexão. O joelho direito com 90° de amplitude em flexão. A articulação coxo-femural direita com 90° de amplitude em flexão, com o joelho fletido atinge os 140°. Segmentos corporais do hemicorpo esquerdo sem limitações de movimento e com amplitudes articulares normais.

Plano de Cuidados 4

PLANO DE CUIDADOS			
PROBLEMAS REAIS E/OU POTENCIAIS 21-11-2013	OBJETIVOS/ RESULTADOS ESPERADOS	AÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS 19-12-2013
1 – Comunicação Comunicação alterada: Afasia Global <ul style="list-style-type: none"> • Discurso espontâneo: ausente; • Nomeação: ausente; • Repetição de palavras: ausente (exceto recorrendo à entoação melódica); • Leitura: presente; • Escrita: presente; • Compreensão: presente; • Desvantagem comunicacional: presente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma comunicação verbal e/ou não-verbal eficaz, com evolução favorável até ao momento da alta hospitalar; • Reduzir a desvantagem comunicacional; • Promover a interação social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover um ambiente tranquilo; • Apresentar-se à utente e chamá-la pelo nome preferido; • Dar tempo à utente para se expressar; • Motivar a pessoa para a comunicação, abordando assuntos do seu interesse; • Otimizar a comunicação [esgotando todas as estratégias comunicacionais até obter resultados positivos na comunicação]; • Facilitar a comunicação recorrendo à linguagem não-verbal; • Fazer perguntas simples; • Usar discurso simples, claro, preciso e adaptado ao contexto, preocupações e interesses da utente; • Falar calmamente com a utente; 	<ul style="list-style-type: none"> • Discurso espontâneo: presente [consegue expressar frases longas com vocabulário simples]; • Nomeação: presente [várias palavras]; • Repetição de palavras [algumas palavras polissilábicas]; • Leitura: presente; • Escrita: presente; • Compreensão: presente; • Desvantagem comunicacional: a utente conseguiu desenvolver discurso espontâneo, que se revelou suficiente para diminuir a desvantagem comunicacional; o desenvolvimento da escrita com a mão esquerda também

Plano de Cuidados 4

		<ul style="list-style-type: none"> • Não interromper a utente na comunicação, nem substituir as palavras para que não se sinta frustrada; • Manter sempre o contato visual; • Treinar a linguagem verbal oral, através da repetição de palavras [recorrendo à entoação melódica]; • Treinar a nomeação de objetos; • Treinar a linguagem verbal escrita [recorrendo ao uso da mão esquerda]; • Treinar a linguagem não-verbal, através da comunicação aumentativa/alternativa [recorrendo a gestos e a quadros de imagens]; • Treinar com a utente, a articulação da linguagem, recorrendo aos exercícios orofaciais. 	<p>contribuiu neste sentido; conseguiu desenvolver junto da sua família e profissionais de saúde, mestria no uso de estratégias comunicacionais alternativas, que tornaram todos os momentos de comunicação eficazes.</p>
2 – Comer e Beber Dependente em grau moderado no autocuidado comer e beber, relacionado com o défice de força no braço direito.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma nutrição adequada; • Promover a independência da utente nos autocuidados comer e beber, até ao momento da alta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Providenciar refeições fracionadas [ajuda mínima nos autocuidados comer e beber – MiF=4]; • Incentivar a utente a alimentar-se sozinha, utilizando a mão menos afetada; • Vigiar a refeição para avaliar a evolução no grau de dependência no autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente dependente em grau reduzido nos autocuidados comer e beber, necessitando de supervisão - MiF=5; • Utente apresenta nutrição adequada, alimentando-se com a totalidade das refeições providenciadas.

Ana Lúcia Batista Ramos n. 4785

Plano de Cuidados 4

		em conta o seu padrão intestinal].	
4 – Ir ao Sanitário Dependente em grau moderado no autocuidado ir ao sanitário, relacionado com equilíbrio em pé ineficaz, manifestado por dificuldade em se transferir da cadeira de rodas para a sanita.	<ul style="list-style-type: none"> Promover a independência da utente no autocuidado ir ao sanitário, até ao momento da alta; Prevenir quedas. 	<ul style="list-style-type: none"> Auxiliar a utente a transferir-se da cadeira de rodas para a sanita, com ajuda moderada [MiF=3]; Auxiliar a utente a transferir-se da sanita para a cadeira de rodas com ajuda moderada [MiF=3]; Treinar a utente nas transferências entre cadeira de rodas e sanita, para que seja efetuada em segurança. 	<ul style="list-style-type: none"> Utente dependente em grau moderado, necessitando de ajuda mínima no autocuidado ir ao sanitário [MiF=4].
5 – Higiene e Vestuário Dependente em grau moderado nos autocuidados higiene e vestuário, relacionado com parésia do hemicorpo direito de predomínio braquial manifestado por incapacidade neuromuscular para lavar e cuidar a totalidade do seu corpo.	<ul style="list-style-type: none"> Promover conforto; Promover a independência da utente nos autocuidados higiene e vestuário e que demonstre capacidade para lavar e secar as partes do corpo que consegue alcançar sentada, até ao momento da alta. 	<ul style="list-style-type: none"> Auxiliar a utente no banho de chuveiro, na cadeira de banho [ajuda moderada – MiF=3], incentivando a utente a participar nos seus cuidados de higiene dentro das atividades que consegue realizar com a mão menos afetada; Nomear todas as partes do corpo durante a sua higiene, para facilitar e reintegração do esquema corporal; Auxiliar a utente a lavar o períneo [ajuda moderada – MiF=3]; Auxiliar a utente a vestir-se da cintura para cima [ajuda moderada – MiF=3]; 	<ul style="list-style-type: none"> Utente dependente em grau moderado no autocuidado do banho [ajuda mínima – MiF=4]; Utente dependente em grau reduzido no lavar o períneo [supervisão – MiF=5]; Utente independente no autocuidado vestir-se e despir-se da cintura para cima [independência modificada – MiF=6]; Utente dependente em grau moderado no vestir-se e despir-se da cintura para baixo [ajuda mínima – MiF=4];

Plano de Cuidados 4

		<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar a utente a vestir-se da cintura para baixo [ajuda moderada – MiF=3]; • Calçar a utente [ajuda total – MiF=1]; • Auxiliar no lavar os dentes, e pentear [ajuda moderada – MiF=3]; • Incentivar a utente a participar ativamente nos autocuidados higiene e vestuário; • Treinar com a utente os autocuidados higiene e vestuário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente dependente em grau moderado no calçar-se [ajuda moderada – MiF=3]; • Utente independente no lavar os dentes e pentear-se [independência completa – MiF=7].
6 – Atividade Motora 6.1 – Hemiplegia do braço e perna, lado direito.	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir limitações da amplitude articular e que a utente consiga manter a amplitude e capacidade de movimento em todos os segmentos articulares; 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar calmamente todos os procedimentos à utente; • Mobilizar os segmentos corporais do hemicorpo direito, através de mobilizações passivas; • Mobilizar os segmentos corporais do hemicorpo esquerdo, através de mobilizações ativas resistidas; • Assistir na realização de atividades terapêuticas no leito [rolar, ponte, rotação controlada da coxo-femural, auto-mobilização do braço direito com recurso ao esquerdo]; • Incentivar a participação ativa da utente nas mobilizações, 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente mantém as mesmas amplitudes articulares em relação à avaliação inicial; • Utente consegue realizar mobilizações ativas assistidas com a perna direita (força muscular da coxo-femural aumentou para 3/5 na Escala de Lower); ativas resistidas com braço e perna esquerdos e auto-mobilizações de forma independente do braço direito;

Plano de Cuidados 4

<p>6.2 – Espasticidade presente [dedos mão direita=2; punho direito=2; cotovelo direito=1+; ombro direito=1; dedos pé direito=0; tibiotársica direita=1+; joelho direito=1+; coxo-femural direita=2, na Escala Modificada de Ashworth].</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover posicionamento anti-espástico e que a utente consiga aumentar a força muscular da perna esquerda para o nível 3/5 na Escala de Lower e reduzir os efeitos da espasticidade através das mobilizações e posicionamentos, até ao momento da alta; 	<p>insistindo na necessidade de acompanhar visualmente os movimentos para facilitar a participação e o engrama corporal;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar a utente a posicionar-se no leito e na cadeira de rodas com superfície de trabalho, em posição anti-espástica [ajuda mínima – MiF=4]; • Aplicar tala pneumática no braço e perna, lado direito [30 minutos/dia]; 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduziu espasticidade no cotovelo direito [grau=1] e punho e mão direitos [grau=1+ na Escala Modificada de Ashworth], restantes segmentos corporais mantém mesmo tónus muscular normal;
<p>6.3 – Dependente em grau moderado no transferir-se.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover transferências da utente em segurança; • Prevenir quedas; • Promover a independência da utente no transferir-se, até ao momento da alta; 	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar a utente a transferir-se entre superfícies, com ajuda moderada [MiF=3]; • Treinar o equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada; • Treinar o equilíbrio estático na posição de pé [<i>standing frame</i>]; • Treinar as transferências entre superfícies; 	<ul style="list-style-type: none"> • A utente consegue posicionar-se no leito e cadeira de rodas com supervisão [MiF=5]; • A utente consegue transferir-se entre superfícies com supervisão [MiF=5]; • Utente mantém diminuição da sensibilidade superficial

Plano de Cuidados 4

6.4 – Diminuição da sensibilidade superficial [táctil e térmica] e profunda no hemicorpo direito.	<ul style="list-style-type: none"> Promover o aumento da sensibilidade da utente no hemicorpo direito; 	<ul style="list-style-type: none"> Massajar segmentos corporais do hemicorpo direito; Estimular a sensibilidade táctil, através do contato dos segmentos corporais com diferentes texturas. 	e profunda ao longo do hemicorpo direito;
6.5 – Equilíbrio estático em pé alterado.	<ul style="list-style-type: none"> Promover transferências do utente em segurança; Promover o aumento do equilíbrio da utente; Prevenir quedas; 	<ul style="list-style-type: none"> Treinar o equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada; Treinar o equilíbrio estático na posição de pé [<i>standing frame</i>] e o equilíbrio dinâmico na posição de pé, através de atividades de rotação do tronco [apoio lateral de duas pessoas]; Elevar grades da cama. 	<ul style="list-style-type: none"> Utente apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada e estático na posição de pé, eficazes.
7 – Risco de Úlcera de Pressão Alto risco de úlcera de pressão (Braden=16), nomeadamente na região sacrococcígea na posição de sentada.	Prevenir úlceras de pressão	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar risco de úlcera de pressão através da Escala de Braden 1 x semana [protocolo do serviço]; Vigiar sinais de úlcera de pressão, Vigiar a pele; Vigiar zona proeminência óssea e tegumentos; Aplicar creme [hidratante em toda a superfície corporal]; Auxiliar a utente a alternar posicionamentos; Manter pele limpa e seca; Vigiar o aporte proteico na ingestão de alimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> Mantém integridade cutânea.

Plano de Cuidados 4

<p>8 – Risco de Hemorragia</p> <p>Perda de sangue contínua vaginal em pequena quantidade</p>	<p>Prevenir complicações relacionadas com a perda de sangue</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar perda de sangue; • Orientar a utente para dietista [incluir alimentos ricos em ferro na sua dieta]; • Orientar a utente para serviços médicos [SOS]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perda de sangue ausente; • Sem sinais de hemorragia.
---	---	---	---

Nome:	J. D.
Sexo:	Masculino
Idade:	72 anos
Data de admissão no Serviço de Pneumologia:	06-01-2014
Escolaridade:	9.º ano
Profissão:	Técnico de Telecomunicações
Contexto familiar:	Tem uma filha e vive com a esposa
Condições da habitação:	Apartamento 2.º andar (prédio com elevador).
Antecedentes Pessoais:	Hipertensão Arterial; Doença de Parkinson desde há 15 anos; última TAC crânio-encefálica (desconhece-se data) apresenta indícios de processo degenerativo demencial de processo demencial; Rabdomiólise; Pneumonia nosocomial esquerda a 12-12-2013 com alta hospitalar a 02-01-2014. Recorreu ao serviço de urgência no dia seguinte e manteve-se em observação até ser readmitido no Serviço de Pneumologia (6-01-2014); Insuficiência Respiratória Parcial.
Medicação habitual:	Sinemet 250+50; Albosan (Omeprazol) 20; Furosemida 20; Dazenar 30; Donepezilo 10; Lisinopril + HTZ 20/12,5; Combivent.
Diagnóstico atual:	Broncopneumonia direita

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	Método e Recursos	Avaliação do Utente 08-01-2014
ESTADO DE CONSCIÊNCIA	Aplicação da Escala de Glasgow	12
ESTADO DE ORIENTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Autopsíquica – questões relativas à própria pessoa; • Alopsíquica – questões relacionadas com a orientação no tempo e no espaço. 	Utente orientado autopsiquicamente e desorientado alopsiquicamente.
ATENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilância (foco de atenção para estímulos externos: hipervigil ou hipovigil); • Tenacidade (capacidade de 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente apresenta estado de vigilância normal; • Tenacidade ausente;

	<p>manutenção da atenção) – solicitar à pessoa que bata na mesa cada vez que se diga a letra A, entre uma série de letras aleatórias;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concentração (capacidade de manutenção da atenção voluntária em processos internos de pensamento) – testar através da subtração consecutiva do número 7 a partir do número 100. 	<ul style="list-style-type: none"> • Concentração alterada (incapaz de realizar este teste e dificuldade em concentrar-se nas atividades propostas).
MEMÓRIA	<ul style="list-style-type: none"> • Sensorial (informação recebida dos órgãos e retida durante 0,5’’); • Imediata (registro de informações ouvidas nos últimos 15 a 20’’) – pedir à pessoa que repita uma sequência de algarismos; • Recente (Curto prazo: 5’ a 10’ – pedir à pessoa que retenha três palavras e repita 5’ depois; e longo prazo: mais de 30’ – questões acerca de refeições, tais como o que comeu ao almoço); • Remota (retenção permanente de informação) – questões relacionadas com eventos da vida passada da pessoa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente incapaz de realizar testes de memória, devido ao seu défice de atenção. Respostas inconsistentes. Memória aparentemente alterada tendo em conta a sua patologia neurológica.
LINGUAGEM	<ul style="list-style-type: none"> • Discurso espontâneo – Diferenciar afasia de disartria através de teste de fonação (aaah), função dos lábios (pa pa pa), função da língua (ta ta ta) e função da laringe posterior (ca ca ca); - Questões acerca de temática conhecida da pessoa; • Compreensão – pedir à pessoa para seguir comandos ou questões que peçam respostas simples (sim ou não); • Nomeação – apresentar à pessoa por confrontação visual, objetos de uso comum e pedir-lhe que os nomeie; 	<ul style="list-style-type: none"> • Discurso espontâneo mantido, mas incoerente e de difícil expressão. • Compreensão alterada por períodos; • Nomeação ausente, provável relação com o seu défice de atenção;

	<ul style="list-style-type: none"> • Repetição – pedir à pessoa que repita palavras curtas; • Leitura – escrever em letras maiúsculas e legíveis algumas palavras e pedir à pessoa a sua leitura; • Linguagem elaborada – pedir à pessoa que defina palavras, apresentar sinónimos e antónimos; • Escrita – pedir à pessoa que escreva o seu nome e a seguir frases mais complexas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Repetição ausente; • Leitura ausente; • Linguagem elaborada ausente; • Incapacidade na escrita.
CAPACIDADES PRÁXICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar que a pessoa tem força, sensibilidade e coordenação conservadas; • Pedir para executar primeiro com uma mão e depois com a outra, gestos icónicos transitivos (como lavar os dentes) e gestos icónicos intransitivos (dizer adeus ou assobiar). 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade praxica alterada.
NEGLIGÊNCIA HEMIESPACIAL UNILATERAL	<ul style="list-style-type: none"> • Prova de “barragem”; • Prova de desenho espontâneo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente incapaz de realizar os testes, relacionado com o seu défice de atenção e motor.
PARES CRANIANOS	<p>I – OLFATIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> - De olhos fechados, pede-se à pessoa que identifique o odor de modo bilateral, ocluindo uma narina e depois a outra, oferecendo cheiros familiares (café, por exemplo). - Despistar parosmia, hiposmia ou anosmia. <p>II – ÓTICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acuidade visual, pedindo à pessoa que bilateralmente conte dedos a várias distâncias; - Campo visual, pedindo à pessoa com um dos olhos fechados até que ângulo consegue observar um dedo (campo visual normal começa externamente a 60º, em relação à linha média e a 40º da linha nasal para dentro). 	<ul style="list-style-type: none"> • Não avaliável; • Não avaliável;

<p>PARES CRANIANOS</p>	<p>III – ÓCULOMOTOR/ IV – PATÉTICO/ VI – MOTOR OCULAR EXTERNO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recorrer à resposta pupilar através de estímulo luminoso; - Pesquisar movimentos conjugados do globo ocular, pedindo à pessoa seguir um dedo que desenha um H no espaço. <p>V – TRIGÉMEO</p> <ul style="list-style-type: none"> - A pessoa fecha os olhos e testa-se a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nas três divisões (oftálmica, maxilar e mandibular); - Teste do reflexo córneo-palpebral; - Observar movimentos dos músculos mastigadores e sua simetria. <p>VII – FACIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa de movimentos da face e sua simetria (apagamento do sulco nasogeniano, desvio comissura labial); - Pesquisa da dificuldade em manter saliva, alimentos no lado da boca afetado; - Pesquisa do paladar dos 2/3 anteriores da língua, usando açúcar, sal e limão, para despistar digeusia ou ageusia. <p>VIII – ESTADO-ACÚSTICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Divisão Coclear (acuidade auditiva): pessoa com os olhos fechados, estalam-se os dedos junto aos ouvidos bilateralmente; <p>Teste de Rinne ou teste de Weber ou teste de Schwabach, recorrendo a um diapasão.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Divisão Vestibular: equilíbrio sentado e em pé estático e dinâmico; <p>Teste de Romberg para pesquisa de equilíbrio estático em pé;</p> <p>Escala de Berg.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Resposta pupilar presente; • Não segue o dedo, devido a atenção alterada; • Resposta inconsistente na pesquisa da sensibilidade; • Reflexo córneo-palpebral presente; • Movimentos dos músculos mastigadores sem alterações; • Sem alterações; • Sem dificuldade; • Não avaliável; • Não avaliável; • Não avaliável; • Escala Berg = 0;
-------------------------------	--	---

	<p>IX – GLOSSOFARINGEO - Pesquisa de paladar no 1/3 posterior da língua (açúcar, sal).</p> <p>X – VAGO - Pesquisa do reflexo do vômito tocando com uma espátula na região posterior da língua e úvula.</p> <p>XI – ESPINHAL - Pesquisa da força muscular do esternocleidomastóideo e do trapézio.</p> <p>XII – GRANDE HIPOGLOSSO - Pesquisa dos movimentos da língua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não avaliável; • Reflexo de vômito presente; • Défice de força muscular, provável relação com rabdomiolise; • Sem alterações.
MOTRICIDADE	<ul style="list-style-type: none"> • Força Muscular dos vários segmentos corporais dos distais para os proximais, através da Escala de Lower; • Amplitude Articular, utilizando um Goniómetro; • Tónus Muscular através da Escala Modificada de Ashworth; • Coordenação Motora, despistando ataxia, através da Prova Índex-nariz para os membros superiores e a Prova Calcanhar Joelho para os membros inferiores; • Sensibilidade Superficial (táctil com algodão ou compressa, térmica com objeto frio entre 4º a 10º C e dolorosa com ponta de caneta); • Sensibilidade Profunda (sentido de pressão ou barestesia através compressão digital ou manual das massas musculares; sensibilidade vibratória ou palestesia através do uso do diapasão e sensibilidade postural, posicionando passivamente uma parte do corpo e pedir à pessoa que identifique a sua posição em relação ao próprio corpo); 	<ul style="list-style-type: none"> • Força Muscular: Hemicorpo direito e esquerdo: Cabeça e pescoço= 4/5 Dedos mãos = 4/5 Punhos = 4/5 Cotovelos = 4/5 Ombros = 3/5 Coxo-femorais = 3/5 Joelhos = 3/5 Tibiotársicas = 3/5 Dedos pés = 3/5. • Amplitude Articular: não avaliada • Tónus Muscular: Hemicorpo direito e esquerdo: Dedos mãos = 0 Punhos = 0 Cotovelos = 1+ Ombros = 0 Dedos pés = 0 Tibiotársicas = 0 Joelhos = 3 Coxo-femorais = 0 • Coordenação alterada: incapacidade de realizar o teste; • Sensibilidade Superficial: Resposta inconsistente na pesquisa da sensibilidade; • Sensibilidade Profunda: Resposta inconsistente na pesquisa da sensibilidade;

Plano de Cuidados 5

	<ul style="list-style-type: none">• Equilíbrio através da pesquisa das funções do VIII par craniano – Estado-acústico;• Marcha (avaliando risco de queda, amplitude de cada passo e os movimentos associados de balanço dos membros superiores).	<ul style="list-style-type: none">• Equilíbrio: Escala de Berg = 0 Equilíbrio sentado estático alterado;• Marcha incapaz.
--	---	--

Avaliação Função Respiratória	
Avaliação Subjetiva (08-01-2014)	
Tosse	Presente, mas ineficaz
Expetoração	Purulenta em grande quantidade
Dispneia	Ausente
Toracalgia	Não manifesta
Avaliação Objetiva	
Inspeção	(08-01-2014)
Cianose	Ausente
Hipocratismo Digital	Ausente
Simetria Torácica	Presente
Padrão	Misto
Frequência Respiratória	15 ciclos/min.
Ritmo Respiratório	Irregular
Amplitude	Superficial
Palpação	(08-01-2014)
Palpação da traqueia	Posição normal
Frêmito Tóraco-Vocal	Dificuldade na avaliação (utente com dificuldade em se manter na posição de sentado)
Percussão	(08-01-2014)
Som claro pulmonar	Ausente
Hiperressonância	Ausente
Macicez	Presente
Ausência	Ausente
Auscultação Pulmonar	(08-01-2014)
Murmúrio Vesicular	Diminuído no lobo médio e inferior direito
Roncos	Ausentes
Sibilos	Ausentes
Fervores	Presentes no lobo inferior esquerdo (segmento anterior) e língula
Atritos Pleurais	Ausentes
Radiografia Tórax	(07-01-2014)
Normal	-----
Alterações Estruturas Torácicas	Ausentes
Hipertransparências	Ausentes
Hipotransparências	Presentes a nível do seio cardio-frénico e dispersas no lobo médio.

Plano de Cuidados 5

PLANO DE CUIDADOS			
PROBLEMAS REAIS E/OU POTENCIAIS 08-01-2014	OBJETIVOS/ RESULTADOS ESPERADOS	AÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação DOS RESULTADOS
1 – RESPIRAÇÃO 1.1 – Ventilação comprometida	<ul style="list-style-type: none"> Promover ventilação adequada, diariamente, até ao momento da alta. 	<ul style="list-style-type: none"> Promover um ambiente calmo e silencioso [promover a atenção do utente durante a RFR]; Falar calmamente com o utente, explicando de forma simples todas as atividades realizadas [promover a interação do utente]; Posicionar o utente utilizando as técnicas de descanso e relaxamento [reduzir a tensão psíquica e muscular]; Executar reeducação diafragmática [porção posterior]; Executar expansão costal [ênfase na costal basal e expansão do lobo médio e língula, variando o tipo de expansão dia após dia, de acordo com o resultado da auscultação pulmonar e/ou radiografia ao tórax]; Executar reeducação costal global [de acordo com a tolerância do utente, estimulando a sua atenção]; Executar reeducação costal seletiva [de acordo com a tolerância do utente, estimulando a sua atenção e participação]; 	<p>Não foi possível a reavaliação do utente (óbito 5 turnos após o início do Ensino Clínico).</p>

Plano de Cuidados 5

<p>1.2 – Limpeza das vias aéreas ineficaz</p>	<ul style="list-style-type: none"> Promover uma limpeza adequada das vias aéreas, diariamente, até ao momento da alta. 	<ul style="list-style-type: none"> Elevar a cabeceira da cama ou sentar o utente sempre que possível; Gerir oxigenoterapia. Hidratar o utente por SNG [mínimo de 1L água/dia]; Executar aerossolterapia; Executar drenagem postural modificada [utente não tolera a clássica; posicionando o utente de acordo com o segmento pulmonar com necessidade de drenagem de secreções]; Executar manobras acessórias [Percussão, Vibração e Compressão] Ensinar e incentivar técnica da tosse assistida [se o utente apresentar períodos de atenção com duração suficiente, para aprendizagem eficaz]; Aspirar secreções [SOS]. 	
<p>2 – DIGESTÃO 2.1 – Deglutição Alterada</p>	<ul style="list-style-type: none"> Promover ingestão nutricional adequada; Prevenir aspiração de conteúdo alimentar. 	<ul style="list-style-type: none"> Vigiar o reflexo de deglutição [ausente]; Elevar cabeceira da cama durante a alimentação do utente; Otimizar SNG; Alimentar e hidratar o utente por SNG; Instruir a cuidadora familiar acerca dos cuidados para prevenir a aspiração no domicílio; Treinar com a cuidadora familiar técnicas de prevenção da aspiração [alimentar por SNG, verificar a 	<ul style="list-style-type: none">

Plano de Cuidados 5

		localização da SNG, elevar a cabeceira da cama].	
3 – COMUNICAÇÃO 3.1 – Comunicação expressiva e recetiva alterada	<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma comunicação verbal e/ou não-verbal eficaz, com evolução favorável até ao momento da alta hospitalar; • Reduzir a desvantagem comunicacional; • Promover a interação social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover um ambiente tranquilo; • Apresentar-se ao utente e chamá-lo pelo nome preferido; • Manter sempre o contato visual; • Dar tempo ao utente para se expressar seja pela linguagem verbal ou não-verbal [observar a sua linguagem corporal e facial]; • Motivar a pessoa para a comunicação, abordando assuntos do seu interesse; • Otimizar a comunicação [esgotando todas as estratégias comunicacionais até obter resultados positivos na comunicação]; • Fazer perguntas simples; • Usar discurso simples, claro, preciso e adaptado ao contexto, preocupações e interesses do utente; • Falar calmamente com o utente; • Explicar de forma simples todos os procedimentos ao utente; • Comunicar sem interromper o utente, nem substituir as palavras para que não se sinta frustrado; • Instruir a cuidadora familiar acerca das técnicas facilitadoras da comunicação [linguagem verbal simples e/ou comunicação alternativa/aumentativa, como gestos e quadros de figuras]. 	

Plano de Cuidados 5

<p>4 – ATENÇÃO</p> <p>4.1 – Défice de atenção</p>	<ul style="list-style-type: none"> Promover o aumento da atenção nas atividades, com evolução favorável até ao momento da alta. 	<ul style="list-style-type: none"> Captar a atenção do utente através de estímulos verbais; Estimular a atenção do utente desenvolvendo atividades terapêuticas e/ou abordando assuntos do seu interesse. 	<ul style="list-style-type: none">
<p>5 - AUTOCUIDADO</p> <p>5.1 – Autocuidado: Higiene e Vestuário</p> <p>Dependente em grau elevado no autocuidado higiene e vestuário.</p> <p>5.2 – Autocuidado: Atividade Física</p> <p>Dependente em grau elevado no transferir-se.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Promover o conforto e higiene e vestuário adequados; Promover transferência do utente em segurança. 	<ul style="list-style-type: none"> Incentivar o utente a participar ativamente nos autocuidados higiene e vestuário [quando a sua atenção estiver presente]; Treinar com a cuidadora familiar a prestação dos cuidados de higiene [banho, barbear, higiene oral]; Treinar com a cuidadora familiar o vestir o utente; Informar a cuidadora familiar acerca de serviços prestados na comunidade [instituições de apoio nos cuidados de higiene ao domicílio]. Executar técnica de transferência do utente para o cadeirão [10:00] [utente não faz extensão dos joelhos, na apoiando os pés no chão]; Executar técnica de transferência do utente para a cama [15:00]; Treinar a cuidadora familiar as técnicas de transferência. 	

Plano de Cuidados 5

6 – ELIMINAÇÃO			
6.1 – Incontinência Urinária	<ul style="list-style-type: none"> • Promover conforto e eliminação vesical adequada, até ao momento da alta; 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar padrão de eliminação urinária [possível treino vesical, se atenção do utente melhorar]; • Vigiar eliminação vesical, observando características e quantidade da urina na fralda. 	
6.2 – Incontinência Fecal	<ul style="list-style-type: none"> • Promover conforto e eliminação intestinal adequada, até ao momento da alta; 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar padrão de eliminação intestinal [possível treino intestinal, se atenção do utente melhorar]; • Aplicar fralda, por perda involuntária de fezes; • Otimizar fralda, colocando-a de forma a obter o melhor resultado da sua funcionalidade; • Vigiar eliminação intestinal, observando as características e quantidade de fezes. 	
7 – ATIVIDADE MOTORA			
7.1 - Espasticidade presente em ambos os joelhos e cotovelos	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir limitações da amplitude articular e que o utente consiga manter a amplitude e capacidade de movimento em todos os segmentos corporais, até ao momento da alta; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar passivamente todos os segmentos corporais; • Incentivar o utente a realizar mobilizações ativas assistidas em todos os segmentos corporais [quando a sua atenção estiver presente]; • Incentivar o utente a acompanhar visualmente as mobilizações, para facilitar a sua participação. • Posicionar o utente no leito em posição anti-espástica; 	

Plano de Cuidados 5

	<ul style="list-style-type: none"> • Promover posicionamento anti-espástico e que o utente consiga manter a força muscular e reduzir os efeitos da espasticidade através das mobilizações e posicionamentos, até ao momento da alta; 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentar o utente em posição anti-espástica com superfície de trabalho; • Treinar com a cuidadora familiar o posicionamento anti-espástico. 	
7.3 – Equilíbrio corporal estático sentado, alterado	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o aumento do equilíbrio do utente, até ao momento da alta; • Prevenir quedas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar o equilíbrio estático na posição de sentado; • Vigiar a ação do utente [posição de sentado]; • Restringir a ação do utente na posição de sentado [imobilização do membros superiores e tronco em SOS]; • Elevar grades da cama. 	
7.4 – Agitação Presente	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a diminuição da agitação e relaxamento do utente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falar calma e pausadamente com o utente; • Dar tempo ao utente para se expressar; • Executar técnica de relaxamento, [incentivando verbalmente o utente a acalmar-se]; • Explicar de forma simples todos os procedimentos ao utente; • Vigiar a ação do utente. 	

Plano de Cuidados 5

<p>8 - TEGUMENTOS</p> <p>8.1 - Risco de Úlcera de Pressão</p> <p>Risco de úlcera de pressão em grau elevado (Braden=14), proeminências ósseas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir úlceras de pressão 	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir a cuidadora familiar a prevenir úlceras de pressão no domicílio; • Informar a cuidadora familiar acerca dos serviços de ajudas técnicas na comunidade [colchão pressão alterna e cama articulada]; • Monitorizar risco de úlcera de pressão através da escala de Braden 1x turno [protocolo do serviço]; • Vigiar sinais de úlcera de pressão; • Vigiar a pele; • Vigiar zona proeminência óssea e tegumentos; • Aplicar creme [hidratante em toda a superfície corporal]; • Executar técnica de posicionamento; • Executar alternância de decúbitos; • Aliviar zonas de pressão através de almofadas; • Manter pele limpa e seca; • Vigiar a ingestão proteica na alimentação entérica. 	
<p>9 – SENSÇÃO</p> <p>9.1 – DOR moderada, intermitente no joelho direito, aquando da sua mobilização passiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a ausência de dor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Executar técnica de relaxamento, [incentivando verbalmente o utente a acalmar-se]; • Vigiar dor do utente; • Monitorizar dor através da Escala de Faces; • Gerir analgesia prescrita em SOS. 	

Nome:	A. A.
Sexo:	Masculino
Idade:	66 anos
Data de admissão no Serviço de Pneumologia:	22-01-2014
Escolaridade:	6.º ano
Profissão:	Tripulante de navios (Reformado)
Contexto familiar:	Tem três filhos e vive com a esposa (com 48 anos de idade), filha, genro e neto.
Condições da habitação:	Moradia (acesso por escada com 8 degraus).
Antecedentes Pessoais:	DPOC; Insuficiência Respiratória Bilateral; Hipertensão Arterial; Diabetes II; Fibrilhação Auricular. Ex-fumador (40 cigarros/dia; cessação tabágica há mais de 10 anos).
Medicação habitual:	Lasix 20; Lanoxin 0,125; AAS 150; Glucophage; Sinvastatina; Diltiazem; Spiriva; Symbicort.
Diagnóstico atual:	DPOC agudizada.

Avaliação Função Respiratória	
Avaliação Subjetiva (24-01-2014)	
Tosse	Presente e eficaz
Expetoração	Purulenta em pequena quantidade
Dispneia	Presente [Grau=3 na Escala de Dispneia mMRC (ver página seguinte)]
Toracalgia	Ausente
Avaliação Objetiva	
Inspeção	(24-01-2014)
Cianose	Ausente
Hipocratismo Digital	Ausente
Simetria Torácica	Presente
Padrão	Misto
Frequência Respiratória	13 ciclos/min.
Ritmo Respiratório	Irregular
Amplitude	Superficial
Palpação	(24-01-2014)
Palpação da traqueia	Posição normal
Frêmito Tóraco-Vocal	Presente
Percussão	(24-01-2014)
Som claro pulmonar	Ausente
Hiperressonância	Presente nas bases pulmonares
Macicez	Ausente
Ausência	Ausente
Auscultação Pulmonar	(24-01-2014)
Murmúrio Vesicular	Diminuído
Roncos	Ausentes
Sibilos	Ausentes
Fervores	Ausentes
Atritos Pleurais	Ausentes
Radiografia Tórax	Por constrangimentos informáticos, não foi possível o seu acesso.
Normal	-----
Alterações Estruturas Torácicas	-----
Hipertransparências	-----
Hipotransparências	-----

Escala de Dispneia “<i>Modified British Medical Research Council (mMRC)</i>”	
mMRC Grau 0	Tenho falta de ar ao realizar exercício intenso.
mMRC Grau 1	Tenho falta de ar quando apresso o meu passo, ou subo escadas ou ladeira.
mMRC Grau 2	Preciso parar algumas vezes quando ando no meu passo, ou ando mais devagar que outras pessoas da minha idade.
mMRC Grau 3	Preciso parar muitas vezes devido à falta de ar quando ando perto de 100 metros, ou poucos minutos de caminhada.
mMRC Grau 4	Sinto tanta falta de ar que não saio de casa, ou preciso de ajuda para me vestir ou tomar banho sozinho.

Fonte: Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória. Conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.

PLANO DE CUIDADOS			
PROBLEMAS REAIS E/OU POTENCIAIS 24-01-2014	OBJETIVOS/ RESULTADOS ESPERADOS	AÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação DOS RESULTADOS 14-02-2014
5 – RESPIRAÇÃO 1.1 – Ventilação comprometida 1.2 – Trocas Gasosas Ineficazes	<ul style="list-style-type: none"> Promover ventilação adequada, diariamente, até ao momento da alta; Promover trocas gasosas eficazes, diariamente, até ao momento da alta. 	<ul style="list-style-type: none"> Promover um ambiente calmo e silencioso; Explicar ao utente todas as atividades desenvolvidas; Incentivar e ensinar o utente a deitar-se e adotar a posição de descanso e relaxamento [elevar a cabeceira para que o utente se sinta confortável]; Ensinar e treinar o utente a consciencialização e controlo da respiração [dissociação dos tempos respiratórios] e expiração com os lábios semi-cerrados [promover a pressão positiva intrapulmonar para facilitar a saída de ar retido nos alvéolos]; Executar e treinar o utente na reeducação diafragmática [porção posterior]; Executar e treinar o utente na expansão costal [dando ênfase à expansão costal basal para promover a diminuição da hiperinsuflação das bases dos 	<ul style="list-style-type: none"> Murmúrio vesicular audível mais facilmente em todos os segmentos pulmonares; Hiperressonância diminuída; Saturação O₂ entre 92% e 94%.

<p>1.3 – Dispneia Funcional presente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a ausência de dispneia, até ao momento da alta. 	<p>pulmões, com recurso à aplicação de resistência pelas próprias mãos do utente ou faixa no momento da expiração];</p> <ul style="list-style-type: none"> • Executar e treinar o utente na reeducação costal global e seletiva [tendo em atenção o cansaço do utente]; • Incentivar o utente à adesão da VNI [utente faz VNI no período da noite]; • Gerir oxigenoterapia [manter Saturação de O₂ entre 91% e 94%]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispneia grau=1 na Escala de Dispneia mMRC.
<p>1.4 – Limpeza das vias aéreas ineficaz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma limpeza adequada das vias aéreas, diariamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre sinais de dispneia, o seu controlo e a sua prevenção; • Ensinar e treinar o utente as técnicas de descanso e relaxamento durante as crises de dispneia [posição de cocheiro sentado e em pé]. • Executar manobras acessórias [Percussão, Vibração e Compressão]; • Ensinar e treinar o utente a tosse assistida e dirigida; • Informar acerca da utilização de dispositivos de ajuda de mobilização de secreções no domicílio [<i>Flutter</i> e <i>Acapella</i>, associados à técnica da tosse]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expetoração ausente.

Plano de Cuidados 6

<p>6 – ENERGIA</p> <p>2.1 – Intolerância à Atividade presente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a tolerância do utente à atividade, até ao momento da alta; • Promover a redução do cansaço e o aumento de massa muscular; • Promover a diminuição da dispneia durante a atividade física, até ao momento da alta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre treino de exercício físico [<i>endurance</i> (marcha e subir escadas) e ao esforço (exercícios com resistências ou pesos)]; • Executar treino de <i>endurance</i> [marcha e subir escadas]; • Ensinar e treinar respiração diafragmática e expiração com os lábios semi-cerrados, durante os exercícios de <i>endurance</i>; • Ensinar e treinar técnicas de conservação de energia [realizar as AVD que forem possíveis na posição de sentado; descansar por períodos ao longo das atividades realizadas]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente apresenta maior tolerância à atividade, refletido pela diminuição da dispneia durante o desenvolvimento de atividade física.
<p>3 – COMPORTAMENTO DE PROCURA DE SAÚDE</p> <p>3.1 – Gestão do Regime Terapêutico neficaz.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma gestão de regime terapêutico eficaz até e após o momento da alta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar o utente sobre gestão do regime terapêutico [oxigenoterapia, inaloterapia e VNI no domicílio]; • Ensinar sobre prevenção de hábitos de risco [evitar ambientes frios ou com oscilações de temperatura]; • Ensinar sobre promoção de hábitos saudáveis [nomeadamente sobre a alimentação (fracionar refeições, ingerir os alimentos devagar) e a vacinação antigripal anual]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente demonstra mestria na utilização da oxigenoterapia, inaloterapia e VNI; • Verbaliza atitudes a ter após a alta, que demonstram conhecimento acerca da prevenção de hábitos de risco e promoção de hábitos saudáveis.

<p>4 – INTERAÇÃO SEXUAL</p> <p>4.1 – Comprometimento da relação sexual, relacionado com a intolerância à atividade [verbalizado pelo utente].</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a interação sexual saudável entre casal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar o utente a exprimir as suas dificuldades [relação sexual]; • Incentivar a participação equitativa do casal no processo de readaptação sexual; • Aconselhar o utente sobre estratégias de conservação de energia durante a relação sexual [posicionamentos]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente demonstrou maior otimismo no futuro desempenho da relação sexual.
---	---	---	--

Nome:	J. M.
Sexo:	Masculino
Idade:	83 anos
Data de admissão no Serviço de Pneumologia:	17-01-2014
Escolaridade:	4.º ano
Profissão:	Trabalhador agrícola
Contexto familiar:	Tem um filho e está institucionalizado num lar para idosos na sua área de residência.
Antecedentes Pessoais:	Doença de Alzheimer; Acidente Isquémico Transitório (AIT) à direita (janeiro 2012); Insuficiência Renal Aguda.
Medicação habitual:	Bunil 25; Tiaprida 100; Seroquel SR 50; Donepezilo 10; Memantina 20.
Diagnóstico atual:	Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) à esquerda.

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	Método e Recursos	Avaliação do Utente 22-01-2014
ESTADO DE CONSCIÊNCIA	Aplicação da Escala de Glasgow	11
ESTADO DE ORIENTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Autopsíquica – questões relativas à própria pessoa; • Alopsíquica – questões relacionadas com a orientação no tempo e no espaço. 	Utente apresenta discurso incompreensivo, que não permite avaliar com precisão o estado de orientação.
ATENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilância (foco de atenção para estímulos externos: hipervigil ou hipovigil); • Tenacidade (capacidade de manutenção da atenção) – solicitar à pessoa que bata na mesa cada vez que se diga a letra A, entre uma série de letras aleatórias; • Concentração (capacidade de manutenção da atenção voluntária em processos internos de pensamento) – testar através da subtração consecutiva do número 7 a partir do número 100. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente apresenta estado de vigilância normal; • Tenacidade ausente; • Concentração alterada (incapaz de realizar este teste e dificuldade em concentrar-se nas atividades propostas).

<p>MEMÓRIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensorial (informação recebida dos órgãos e retida durante 0,5""); • Imediata (registro de informações ouvidas nos últimos 15 a 20") – pedir à pessoa que repita uma sequência de algarismos; • Recente (Curto prazo: 5' a 10' – pedir à pessoa que retenha três palavras e repita 5' depois; e longo prazo: mais de 30' – questões acerca de refeições, tais como o que comeu ao almoço); • Remota (retenção permanente de informação) – questões relacionadas com eventos da vida passada da pessoa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente incapaz de realizar testes de memória, devido ao seu défice de atenção. Respostas incompreensíveis.
<p>LINGUAGEM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discurso espontâneo – Diferenciar afasia de disartria através de teste de fonação (aaah), função dos lábios (pa pa pa), função da língua (ta ta ta) e função da laringe posterior (ca ca ca); - Questões acerca de temática conhecida da pessoa; • Compreensão – pedir à pessoa para seguir comandos ou questões que peçam respostas simples (sim ou não); • Nomeação – apresentar à pessoa por confrontação visual, objetos de uso comum e pedir-lhe que os nomeie; • Repetição – pedir à pessoa que repita palavras curtas; • Leitura – escrever em letras maiúsculas e legíveis algumas palavras e pedir à pessoa a sua leitura; • Linguagem elaborada – pedir à pessoa que defina palavras, apresentar sinónimos e antónimos; • Escrita – pedir à pessoa que escreva o seu nome e a 	<ul style="list-style-type: none"> • Discurso espontâneo mantido, mas incompreensível e de difícil expressão. • Compreensão alterada na maior parte do tempo; • Nomeação ausente; • Repetição ausente; • Leitura ausente; • Linguagem elaborada ausente;

	seguir frases mais complexas.	• Incapacidade na escrita.
CAPACIDADES PRÁXICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar que a pessoa tem força, sensibilidade e coordenação conservadas; • Pedir para executar primeiro com uma mão e depois com a outra, gestos icónicos transitivos (como lavar os dentes) e gestos icónicos intransitivos (dizer adeus ou assobiar). 	• Capacidade praxica alterada.
NEGLIGÊNCIA HEMIESPACIAL UNILATERAL	<ul style="list-style-type: none"> • Prova de “barragem”; • Prova de desenho espontâneo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente incapaz de realizar os testes, relacionado com o seu défice de atenção, motor e incapacidade na escrita; • É possível que não apresente negligência hemiespacial unilateral, considerando que o utente responde dos estímulos provenientes do hemiespaço esquerdo (responde a estímulos de ambos os hemiespaços).
PARES CRANIANOS	<p>I – OLFATIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> - De olhos fechados, pede-se à pessoa que identifique o odor de modo bilateral, ocluindo uma narina e depois a outra, oferecendo cheiros familiares (café, por exemplo). - Despistar parosmia, hiposmia ou anosmia. <p>II – ÓTICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acuidade visual, pedindo à pessoa que bilateralmente conte dedos a várias distâncias; - Campo visual, pedindo à pessoa com um dos olhos fechados até que ângulo consegue observar um dedo (campo visual normal começa externamente a 60º, em relação à linha média e a 40º da linha nasal para dentro). <p>III – ÓCULOMOTOR/ IV – PATÉTICO/ VI – MOTOR OCULAR EXTERNO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recorrer à resposta pupilar através de estímulo luminoso; 	<ul style="list-style-type: none"> • Não avaliável; • Não avaliável; • Resposta pupilar presente;

<p>PARES CRANIANOS</p>	<p>- Pesquisar movimentos conjugados do globo ocular, pedindo à pessoa seguir um dedo que desenha um H no espaço.</p> <p>V – TRIGÉMEO</p> <p>- A pessoa fecha os olhos e testa-se a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nas três divisões (oftálmica, maxilar e mandibular);</p> <p>- Teste do reflexo córneo-palpebral;</p> <p>- Observar movimentos dos músculos mastigadores e sua simetria.</p> <p>VII – FACIAL</p> <p>- Pesquisa de movimentos da face e sua simetria (apagamento do sulco nasogeniano, desvio comissura labial);</p> <p>- Pesquisa da dificuldade em manter saliva, alimentos no lado da boca afetado;</p> <p>- Pesquisa do paladar dos 2/3 anteriores da língua, usando açúcar, sal e limão, para despistar digeusia ou ageusia.</p> <p>VIII – ESTADO-ACÚSTICO</p> <p>- Divisão Coclear (acuidade auditiva): pessoa com os olhos fechados, estalam-se os dedos junto aos ouvidos bilateralmente;</p> <p>Teste de Rinne ou teste de Weber ou teste de Schwabach, recorrendo a um diapasão.</p> <p>- Divisão Vestibular: equilíbrio sentado e em pé estático e dinâmico;</p> <p>Teste de Romberg para pesquisa de equilíbrio estático em pé;</p> <p>Escala de Berg.</p> <p>IX – GLOSSOFARINGEO</p> <p>- Pesquisa de paladar no 1/3 posterior da língua (açúcar, sal).</p> <p>X – VAGO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não segue o dedo, devido a atenção alterada; • Resposta inconclusiva na pesquisa da sensibilidade; • Reflexo córneo-palpebral presente; • Movimentos dos músculos mastigadores aparentemente sem alterações [utente alimenta-se por via oral, com alguma dificuldade na mastigação]; • Sem alterações; • Sem dificuldade; • Não avaliável; • Não avaliável; • Não avaliável; • Escala Berg = 0; • Não avaliável; • Reflexo de vômito presente;
-------------------------------	---	---

	<p>- Pesquisa do reflexo do vômito tocando com uma espátula na região posterior da língua e úvula.</p> <p>XI – ESPINHAL</p> <p>- Pesquisa da força muscular do esternocleidomastóideo e do trapézio.</p> <p>XII – GRANDE HIPOGLOSSO</p> <p>- Pesquisa dos movimentos da língua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Défice de força muscular; • Sem alterações.
MOTRICIDADE	<ul style="list-style-type: none"> • Força Muscular dos vários segmentos corporais dos distais para os proximais, através da Escala de Lower; • Amplitude Articular, utilizando um Goniómetro; • Tónus Muscular através da Escala Modificada de Ashworth; • Coordenação Motora, despistando ataxia, através da Prova Índex-nariz para os membros superiores e a Prova Calcanhar-joelho para os membros inferiores; • Sensibilidade Superficial (táctil com algodão ou compressa, térmica com objeto frio entre 4º a 10º C e dolorosa com ponta de caneta); • Sensibilidade Profunda (sentido de pressão ou barestesia através compressão digital ou manual das massas musculares; sensibilidade vibratória ou palestesia através do uso do diapasão e sensibilidade postural, posicionando passivamente uma parte do corpo e pedir à pessoa que identifique a sua posição em relação ao próprio corpo); • Equilíbrio através da pesquisa das funções do VIII par craniano – Estado-acústico; 	<ul style="list-style-type: none"> • Força Muscular: Hemicorpo direito e esquerdo: Cabeça e pescoço = 3/5 Dedos mãos = 4/5 Punhos = 4/5 Cotovelos = 4/5 Ombros = 3/5 Coxo-femorais = 3/5 Joelhos = 3/5 Tibiotársicas = 3/5 Dedos pés = 3/5. • Amplitude Articular: Hemicorpo direito e esquerdo: Punho esquerdo = 90º em flexão, sem amplitude de movimento em extensão, desvio radial e cubital; Ambos os ombros não ultrapassam os 90º em flexão e os 45º em abdução; Ambas as articulações coxo-femorais não ultrapassam os 45º em flexão; Joelhos não ultrapassam os 90º em flexão; Articulações tibiotársicas sem amplitude de movimentos; Restantes articulações sem limitações na amplitude dos movimentos; • Tónus Muscular: Dedos mão esquerda = 3 Dedos mão direita = 1+ Punhos = 1+ Cotovelos = 1+ Ombros = 0 Dedos pés = 0 Tibiotársicas = sem movimento Joelho esquerdo = 3 Joelho direito = 2 Coxo-femorais = 1

	<ul style="list-style-type: none"> • Marcha (avaliando risco de queda, amplitude de cada passo e os movimentos associados de balanço dos membros superiores). 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenação alterada: incapacidade de realizar o teste; • Sensibilidade Superficial: Resposta inconclusiva na pesquisa da sensibilidade; • Sensibilidade Profunda: Resposta inconclusiva na pesquisa da sensibilidade; • Equilíbrio: Escala de Berg = 0 Equilíbrio sentado estático alterado; • Marcha incapaz.
--	---	--

Avaliação Função Respiratória	
Avaliação Subjetiva (22-01-2014)	
Tosse	Presente, mas ineficaz
Expetoração	Purulenta em grande quantidade
Dispneia	Ausente
Toracalgia	Não manifesta
Avaliação Objetiva	
Inspeção	(22-01-2014)
Cianose	Ausente
Hipocratismo Digital	Ausente
Simetria Torácica	Presente
Padrão	Abdominal
Frequência Respiratória	14 ciclos/min.
Ritmo Respiratório	Irregular
Amplitude	Superficial
Palpação	(22-01-2014)
Palpação da traqueia	Posição normal
Frêmito Tóraco-Vocal	Dificuldade na avaliação (utente com dificuldade em se manter na posição de sentado)
Percussão	(22-01-2014)
Som claro pulmonar	Ausente
Hiperressonância	Ausente
Macicez	Presente, região anterior do lobo inferior esquerdo
Ausência	Ausente
Auscultação Pulmonar	(22-01-2014)
Murmúrio Vesicular	Diminuído no hemitórax esquerdo e direito
Roncos	Presentes na base do lobo inferior esquerdo
Sibilos	Ausentes
Fervores	Presentes na língua
Atritos Pleurais	Ausentes
Radiografia Tórax	(17-01-2014)
Normal	-----
Alterações Estruturas Torácicas	Ausentes
Hipertransparências	Ausentes
Hipotransparências	Presentes a nível do segmento apical do lobo inferior esquerdo.
Gasimetria Arterial (17-01-2014)	pH=7.45; pO ₂ =50.9 mmHg; pCO ₂ =38.6 mmHg; Saturação O ₂ =85.4%.

PLANO DE CUIDADOS			
PROBLEMAS REAIS E/OU POTENCIAIS 08-01-2014	OBJETIVOS/ RESULTADOS ESPERADOS	AÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação DOS RESULTADOS 14-02-2014
7 – RESPIRAÇÃO 1.1 – Ventilação comprometida 1.2 – Trocas Gasosas Ineficazes	<ul style="list-style-type: none"> Promover ventilação adequada, diariamente, até ao momento da alta; Promover trocas gasosas eficazes, diariamente, até ao momento da alta. 	<ul style="list-style-type: none"> Promover um ambiente calmo e silencioso [promover a atenção do utente durante a RFR]; Falar calmamente com o utente, explicando de forma simples todas as atividades realizadas [promover a interação do utente]; Posicionar o utente utilizando as técnicas de descanso e relaxamento [reduzir a tensão psíquica e muscular]; Executar reeducação diafragmática [porção posterior]; Executar expansão costal [ênfase na costal basal e expansão da língua, variando o tipo de expansão dia após dia, de acordo com o resultado da auscultação pulmonar e/ou radiografia ao tórax]; Executar reeducação costal global [de acordo com a tolerância do utente, estimulando a sua atenção]; Executar reeducação costal seletiva [de acordo com a tolerância do utente, estimulando a sua atenção e participação]; 	<ul style="list-style-type: none"> Alta prevista para dia 17-02-2014. Macicez ausente; Roncos e fervores ausentes [murmúrio vesicular audível mais facilmente em todos os segmentos pulmonares, exceto nas bases pulmonares, onde se mantém diminuído]; Saturação O2 entre 95% e 96%.

Plano de Cuidados 7

<p>1.2 – Limpeza das vias aéreas ineficaz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma limpeza adequada das vias aéreas, diariamente, até ao momento da alta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elevar a cabeceira da cama ou sentar o utente sempre que possível; • Gerir oxigenoterapia. • Hidratar o utente oralmente [mínimo de 1L água/dia]; • Executar aerossolterapia; • Executar drenagem postural modificada [utente não tolera a clássica; posicionando o utente de acordo com o segmento pulmonar com necessidade de drenagem de secreções]; • Executar manobras acessórias [Percussão, Vibração e Compressão] • Ensinar e incentivar técnica da tosse assistida [se o utente apresentar períodos de atenção com duração suficiente, para aprendizagem eficaz]; • Aspirar secreções [SOS]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expetoração ausente.
<p>8 – DIGESTÃO 2.1 – Deglutição Alterada, relacionada com a dificuldade do utente iniciar a fase oral, relacionado com o comprometimento neurológico [défice de atenção].</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover ingestão nutricional adequada; • Prevenir aspiração de conteúdo alimentar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar o reflexo de deglutição [presente]; • Elevar cabeceira da cama durante a alimentação do utente, se possível transferi-lo para a posição de sentado no cadeirão; • Incentivar verbalmente ou gestualmente [demonstrando o movimento da mastigação para que o utente possa repetir por imitação] o utente a alimentar-se, cada vez que lhe são introduzidos alimentos na boca; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantém dificuldade na fase oral da deglutição.

		<ul style="list-style-type: none"> • Instruir o filho do utente acerca da sua dificuldade na deglutição e cuidados a ter, para estimular a alimentação e prevenir a aspiração do conteúdo alimentar [possível transmissão da informação aos cuidadores informais do lar de idosos]. 	
9 – COMUNICAÇÃO 3.1 – Comunicação expressiva e recetiva alterada	<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma comunicação verbal e/ou não-verbal eficaz, com evolução favorável até ao momento da alta hospitalar; • Reduzir a desvantagem comunicacional; • Promover a interação social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentar sempre o utente quando é abordado e chamá-lo pelo nome; • Estabelecer contato visual com o utente; • Eliminar fatores ambientais de distração; • Não usar tom de voz alto; • Dar tempo ao utente para se expressar seja pela linguagem verbal ou não-verbal [observar a sua linguagem corporal e facial]; • Usar frases simples e curtas sempre que se fala com o utente; • Falar calmamente com o utente; • Dar somente uma instrução simples ou fazer uma pergunta de cada vez; • Usar perguntas simples que exijam respostas simples, como o sim ou não; • Explicar sempre de forma simplificada ao utente as intervenções executadas e objetivo destas; • Usar a repetição palavra por palavra durante a execução de atividades; • Comunicar sem interromper o utente, nem substituir as palavras para que não se sinta frustrado; 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente demonstra comunicação recetiva eficaz, pois consegue participar ativamente em quase todas as atividades de enfermagem de reabilitação, quando solicitado; • A sua expressão facial e corporal tornou-se suficiente para diminuir a sua desvantagem na comunicação expressiva na maior parte das atividades desenvolvidas, sendo possível avaliar com eficácia os desejos do utente.

Plano de Cuidados 7

		<ul style="list-style-type: none">• Utilizar comentários encorajadores;• Combinar estratégias verbais e visuais, demonstrando as atividades com o utente;• Utilizar o toque sendo para guiar o utente a realizar uma atividade, o toque de conforto ou o toque para prender a sua atenção;• Criar empatia com o utente demonstrando-lhe que o compreendemos, interpretando o seu comportamento;• Encorajar o uso da linguagem verbal;• Usar canais de comunicação alternativos, como gestos ou imagens;• Adiar a comunicação se o utente está cansado ou aborrecido.	
--	--	--	--

Plano de Cuidados 7

<p>10 – ATENÇÃO</p> <p>4.1 – Défice de atenção</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o aumento da atenção nas atividades, com evolução favorável até ao momento da alta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Captar a atenção do utente através de estímulos verbais; • Estimular a atenção do utente desenvolvendo atividades terapêuticas e/ou abordando assuntos do seu interesse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utente apresenta atenção mantida por períodos mais longos.
<p>5 - AUTOCUIDADO</p> <p>5.1 – Autocuidado: Higiene e Vestuário</p> <p>Dependente em grau elevado no autocuidado higiene e vestuário, relacionado com o seu défice de atenção e comprometimento motor.</p> <p>5.2 – Autocuidado: Atividade Física</p> <p>Dependente em grau elevado no transferir-se.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o conforto e higiene e vestuário adequados; • Promover transferência do utente em segurança. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dar banho na cama; • Nomear todas as partes do corpo durante a sua higiene, para facilitar e reintegração do esquema corporal; • Barbear o utente; • Incentivar o utente a participar ativamente nos autocuidados higiene e vestuário [quando a sua atenção estiver presente]; • Executar técnica de transferência do utente para o cadeirão [10:00] [quando o seu défice de atenção não permitir a sua colaboração durante este autocuidado]; • Executar técnica de transferência do utente para a cama [15:00]; • Treinar e incentivar o utente na transferência entre superfícies. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantém dependência em grau elevado neste autocuidado, mas consegue envolver-se com maior frequência nos seus cuidados de higiene e vestuário, nomeadamente no vestir da cintura para cima. • Utente mantém dependência em grau elevado no transferir-se.

6 – ELIMINAÇÃO			
6.1 – Incontinência Urinária	<ul style="list-style-type: none"> • Promover conforto e eliminação vesical adequada, até ao momento da alta; 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar padrão de eliminação urinária [possível treino vesical, se atenção do utente melhorar]; • Vigiar eliminação vesical, observando características e quantidade da urina na fralda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantém incontinência vesical e fecal.
6.2 – Incontinência Fecal	<ul style="list-style-type: none"> • Promover conforto e eliminação intestinal adequada, até ao momento da alta; 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar padrão de eliminação intestinal [possível treino intestinal, se atenção do utente melhorar]; • Aplicar fralda, por perda involuntária de fezes; • Otimizar fralda, colocando-a de forma a obter o melhor resultado da sua funcionalidade; • Vigiar eliminação intestinal, observando as características e quantidade de fezes. 	
7 – ATIVIDADE MOTORA			
7.1 - Espasticidade presente [Dedos mão esquerda, dedos mão direita, punhos, cotovelos, joelhos esquerdo e direito e coxo-femural esquerda e direita]	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir limitações da amplitude articular e que o utente consiga manter a amplitude e capacidade de movimento em todos os segmentos corporais, até ao momento da alta; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar passivamente todos os segmentos corporais; • Incentivar o utente a realizar mobilizações ativas assistidas em todos os segmentos corporais [quando a sua atenção estiver presente]; • Incentivar o utente a acompanhar visualmente as mobilizações, para facilitar a sua participação. • Posicionar o utente no leito em posição anti-espástica; 	<ul style="list-style-type: none"> • A espasticidade do utente diminuiu ao nível dos dedos da mão esquerda e joelho esquerdo [grau=2 na Escala Modificada de Ashworth]. Restantes segmentos corporais mantêm o mesmo tônus muscular em relação à avaliação inicial; no entanto,


Plano de Cuidados 7

	<ul style="list-style-type: none"> • Promover posicionamento anti-espástico e que o utente consiga manter a força muscular e reduzir os efeitos da espasticidade através das mobilizações e posicionamentos, até ao momento da alta; 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentar o utente em posição anti-espástica com superfície de trabalho. 	<p>durante o internamento ocorreram oscilações no tónus muscular.</p>
7.3 – Equilíbrio corporal estático sentado, alterado	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o aumento do equilíbrio do utente, até ao momento da alta; • Prevenir quedas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar o equilíbrio estático na posição de sentado; • Vigiar a ação do utente [posição de sentado]; • Restringir a ação do utente na posição de sentado [imobilização do membros superiores e tronco em SOS]; • Elevar grades da cama. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantém equilíbrio estático sentado alterado [Escala de Berg=0].
7.4 – Agitação Presente	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a diminuição da agitação e relaxamento do utente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falar calma e pausadamente com o utente; • Dar tempo ao utente para se expressar; • Executar técnica de relaxamento, [incentivando verbalmente o utente a acalmar-se]; • Explicar de forma simples todos os procedimentos ao utente; • Vigiar a ação do utente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante as atividades de enfermagem de reabilitação, o utente apresentou-se com agitação ausente.

Plano de Cuidados 7

<p>8 - TEGUMENTOS</p> <p>8.1 - Risco de Úlcera de Pressão</p> <p>Risco de úlcera de pressão em grau elevado (Braden=14), proeminências ósseas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir úlceras de pressão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Averiguar junto do lar de idosos a possibilidade de uso de colchão de pressão alterna; • Monitorizar risco de úlcera de pressão através da escala de Braden 1x turno [protocolo do serviço]; • Vigiar sinais de úlcera de pressão; • Vigiar a pele; • Vigiar zona proeminência óssea e tegumentos; • Aplicar creme [hidratante em toda a superfície corporal]; • Executar técnica de posicionamento; • Executar alternância de decúbitos; • Aliviar zonas de pressão através de almofadas; • Manter pele limpa e seca; • Vigiar a ingestão proteica na alimentação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantém integridade cutânea.
--	--	---	---

Apêndice VI – Manual de Comunicação com Utentes

	MANUAL DE COMUNICAÇÃO COM UTENTES	Página 1	
		Código:	
Estratégias de Enfermagem Facilitadoras da Comunicação com Utentes com Linguagem Alterada		Edição: 01	Data: 10-02-2014
		Revisão: 00	Data: 00-00-00

1 – DEFINIÇÃO:

1.1 – Análise de Conceitos:

Segundo Castro Caldas (2000) a comunicação pressupõe a existência de duas entidades com vida própria, uma capacidade de produzir um sinal e outra com capacidade de o descodificar.


A comunicação é portanto um processo de relação interpessoal que só se desenvolve se existir uma pessoa que consiga exprimir-se com eficácia suficiente para outra perceber e apreender a mensagem emitida. Caso haja dificuldade na expressão e/ou na compreensão, o fenómeno da comunicação não se verifica.

Castro Caldas (2000) refere que existem várias formas de comunicar. A comunicação pode ser efetuada através da linguagem oral, na qual são emitidos sons, palavras pelo “aparelho fonador” que no seu conjunto constituem um código de símbolos aos quais se atribui um significado. Este código estende-se à comunicação gestual que complementa a linguagem oral ou a substitui caso esta se encontre comprometida. A linguagem gestual revela-se eficaz em casos de alterações auditivas, como na surdez e mesmo em pessoas com compreensão comprometida.

2 – OBJETIVOS:

- Sensibilizar para a importância de uma comunicação eficaz com utentes com linguagem alterada;
- Estimular e melhorar a comunicação de utentes com linguagem alterada;
- Promover a relação terapêutica enfermeiro/utente;
- Prevenir complicações para o utente, ao nível biopsicossociocultural relacionadas com a comunicação ineficaz.

 ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (aluna 4º Curso Mestrado/ Enfermagem Reabilitação)	Elaborado:	Verificado:	Aprovado:
	Lúcia Ramos		

	MANUAL DE COMUNICAÇÃO COM UTENTES	Página 2	
		Código:	
Estratégias de Enfermagem Facilitadoras da Comunicação com Utentes com Linguagem Alterada		Edição: 01	Data: 10-02-2014
		Revisão: 00	Data: 00-00-00

3 – CAMPO DE APLICAÇÃO:

Utentes com linguagem alterada.

4 – DESCRIÇÃO:

4.1 – Importância da Comunicação Eficaz na Prestação de Cuidados:

Utentes com comunicação comprometida, não significam que não tenham necessidade de o fazer. É de extrema importância promover a comunicação e procurar a sua eficácia na linguagem verbal ou não verbal, pois esta dimensão influencia a melhoria do estado de saúde do utente.


A linguagem é o instrumento mais importante para o relacionamento humano, para a interação social e os eventos e experiências da vida têm sentido através da linguagem (Polkinghorne, 1988 citado por Bronken, Kirkevold, Martinsen, Wyller, & Kvigne, 2012).

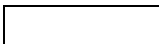
Vários estudos comprovam a grande prevalência de alterações da linguagem em diferentes patologias.

Wilson, Wilson e Mihailidis (2013) referem que o declínio da memória e da linguagem afetam a capacidade de comunicação dos indivíduos com Doença de Alzheimer, no âmbito da fluência verbal e da compreensão e Bronken et al. (2012) verificaram que a afasia é um distúrbio da linguagem causada por danos cerebrais, que afeta um terço da população mundial com AVC.

Poslawsky et al. (2010) citando Nys et al. (2005) referem que pessoas que estão incapacitadas para comunicar os seus desejos e necessidades, apresentam maior risco de complicações, tais como a depressão. Estas pessoas têm também piores resultados no processo de reabilitação e maior taxa de mortalidade (Poslawsky et al., 2010, citando Salter et al., 2005).

Dificuldades na comunicação conduzem inevitavelmente ao enfraquecimento das relações entre os cuidadores e indivíduos com Doença de Alzheimer (Wilson, Wilson & Mihailidis, 2013).


 ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa	Elaborado:	Verificado:	Aprovado:
	Lúcia Ramos (aluna 4º Curso Mestrado/ Enfermagem Reabilitação)		


	MANUAL DE COMUNICAÇÃO COM UTENTES	Página 3	
		Código:	
Estratégias de Enfermagem Facilitadoras da Comunicação com Utentes com Linguagem Alterada	Edição: 01	Data: 10-02-2014	
	Revisão: 00	Data: 00-00-00	

É importante compreender-se que a afasia não é simplesmente uma alteração da linguagem. Existem dimensões e fenómenos que podem ser alterados, como consequência desta incapacidade e conduzir a problemas de Enfermagem que segundo Lourenço e Mendes (2008) podem ser: comunicação verbal ineficaz, autoestima alterada, processos familiares alterados, isolamento social.

4.2 - Estratégias de Enfermagem Facilitadoras da Comunicação:

- Cumprimentar sempre o utente quando é abordado e chamá-lo pelo nome;
- Estabelecer contato visual com o utente;
- Eliminar fatores ambientais de distração;
- Não usar tom de voz alto, a não ser que a pessoa tenha dificuldade auditiva;
- Dar tempo ao utente para se expressar e responder às questões, mesmo sendo através de linguagem corporal, para compreender e atender as suas necessidades e desejos;
- Usar frases simples e curtas sempre que se fala com o utente;
- Falar calmamente com o utente;
- Dar somente uma instrução simples ou fazer uma pergunta de cada vez;
- Usar perguntas simples que exijam respostas simples, como o sim ou não;
- Explicar sempre de forma simplificada ao utente as intervenções executadas e objetivo destas;
- Usar a repetição palavra por palavra durante a execução de atividades;
- Negociar com o utente as atividades a realizar;
- Utilizar comentários encorajadores;
- Combinar estratégias verbais e visuais, demonstrando as atividades com o utente;
- Utilizar o toque sendo para guiar o utente a realizar uma atividade, o toque de conforto ou o toque para prender a sua atenção;
- Criar empatia com o utente demonstrando-lhe que o compreendemos, interpretando o seu comportamento;

 ESELO Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (aluna 4º Curso Mestrado/ Enfermagem Reabilitação)	Elaborado:	Verificado:	Aprovado:
	Lúcia Ramos		

	MANUAL DE COMUNICAÇÃO COM UTENTES	Página 4	
		Código:	
Estratégias de Enfermagem Facilitadoras da Comunicação com Utentes com Linguagem Alterada		Edição: 01	Data: 10-02-2014
		Revisão: 00	Data: 00-00-00

- Encorajar o uso da linguagem verbal, executando treino de vocabulário se possível;
- Usar canais de comunicação alternativos, como gestos ou imagens;
- Adiar a comunicação se o utente está cansado ou aborrecido.

5 – REGISTOS:

Avaliando caso a caso, deve ser registado no processo físico dos utentes cuja linguagem se encontra alterada ou na aplicação SAPE, o conjunto de estratégias facilitadoras da comunicação.

6 – BIBLIOGRAFIA:

Bronken, B. A., Kirkevold, M., Martinsen, R., Wyller, T. B., & Kvigne, K. (2012). Psychosocial well-being in persons with aphasia participating in a nursing intervention after stroke. *Nursing research and practice*, 2012, 1-14. doi:10.1155/2012/568242

Castro Caldas, A. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall: O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Amadora: McGraw-Hill.

Fawcus, R. (2000). *Stroke rehabilitation. A collaborative approach*. Iowa: Blackwell Publishing.

Lourenço, C. & Mendes, R. (2008). Afasia. *Nursing*. 232. 6-12.

Poslawsky, I., Schuurmans, M., Lindeman, E., & Hafsteinsdóttir, T. (2010). A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 17-32.

Wilson, R., Leonard, C., Rochon, E., & Mihailidis, A. (2013). Formal caregivers' perceptions of effective communication strategies while assisting residents with Alzheimer's disease during activities of daily living. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 36(4), 314–331.

 ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (aluna 4º Curso Mestrado/ Enfermagem Reabilitação)	Elaborado: Lúcia Ramos	Verificado:	Aprovado:

